

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ADAPTATION CULTURELLE ET VALIDATION DE LA THÉRAPIE PAR
EXPOSITION AUX NARRATIFS POUR TRAITER LE TROUBLE DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES RWANDAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-MICHÈLE UYISENGA

AOÛT 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce mémoire de maîtrise a été réalisé grâce à une bourse d'études offerte par Études sans frontières (ESF), section Québec. Mes remerciements les plus sincères à mesdames Angèle Dagenais-Dufresne, Francine Jacques, Maria-Dolores Otero, ainsi que toute l'équipe et membres des ESF, section Québec.

Je tiens à remercier sincèrement monsieur Réal Labelle, qui, en tant que Directeur de recherche, s'est toujours montré à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce mémoire. Je le remercie pour l'inspiration, l'aide et le temps qu'il a bien voulu me consacrer. Je le remercie également pour ses judicieuses recommandations, sa patience et ses encouragements dans les moments les plus difficiles. Sans lui, ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Mes remerciements s'adressent également à monsieur André Marchand et madame Marie-Claude Guay, professeurs, pour les commentaires constructifs au sujet de cette recherche. Je remercie également toute l'équipe du secrétariat du Département de psychologie, pour l'aide et leur générosité dont elle a su me faire preuve.

J'exprime ma gratitude à tous les membres du laboratoire sur la dépression et les conduites suicidaires de l'UQAM que j'ai pu côtoyer et qui m'ont épaulée dans la réalisation de mes travaux académiques.

Je remercie grandement toutes les personnes qui ont accepté de participer au groupe de discussion et répondre à mes questions avec gentillesse.

Je n'oublie pas ma mère ainsi que mes frères et sœurs pour leur contribution, leur soutien et leurs encouragements tout au long de mes études. Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis, qui m'ont toujours soutenue et encouragée au cours de la réalisation de mes études. Merci à toutes et à tous.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	II
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	IX
RÉSUMÉ	XI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
MISE EN CONTEXTE.....	4
1.1 Jalons historiques	4
1.1.1 Période coloniale (1900-1961)	5
1.1.2 Période post-coloniale (1962-1994)	6
1.1.3 Période post-génocide	7
1.2 Conséquences du génocide	8
1.2.1 Pertes humaines, matérielles et familiales.....	8
1.2.2 Destruction des liens et des valeurs sociales	9
1.2.3 Transmission du sida	11
1.2.4 Réfugiés et prisonniers	11
1.2.5 Cohabitation et juridictions Gacaca	12
CHAPITRE II	
TSPT ET SES PARTICULARITÉS AU RWANDA	14
2. 1 Le trouble de stress post-traumatique.....	14
2.1.1 Définition	14
2.1.2 Modèle théorique.....	15
2.1.3 Prévalence	16
2.1.4 Critères diagnostiques	17
2.1.5 Évolution des symptômes post-traumatiques non traités	18
2.1.6 Comorbidité.....	19
2.1.7 Facteurs de risque et de protection	20

2.1.8 Traitements du TSPT	21
2.1 Spécificité du TSPT au Rwanda.....	28
2.2.2 Prévalence du TSPT au Rwanda	31
2.2.3 Traitements du TSPT au Rwanda.....	32
2.2.4 Défis de l'intervention psychologique au Rwanda.....	39
2.3 Le choix de la TEN	41
CHAPITRE III	
THÉRAPIE PAR EXPOSITION AUX NARRATIFS	46
3.1 Origine, rationnel et philosophie.....	46
3.2 Objectifs et activités thérapeutiques	49
3.2.1 Aider les victimes à transformer des éléments de leur mémoire implicite (procédurale) en mémoire explicite (déclarative).....	49
3.2.2 Accompagner l'individu dans la construction d'une ligne de vie	51
3.2.3 Établir un récit autobiographique cohérent	51
3.2.4 Produire un document autobiographique.....	52
3.3 Mécanismes thérapeutiques et considérations éthiques	53
3.4 Population cible	56
3.5 Indications et contre-indications	56
3.6 Limites	57
3.7 Études d'efficacité.....	58
3.8 Application.....	64
3.8.1 Évaluation et psychoéducation.....	65
3.8.2 Récit autobiographique et exposition	66
3.8.3 Plan d'avenir et fin de l'intervention.....	70

3.9. Difficultés rencontrées lors de la TEN.....	71
3.9.1 Difficultés liées à l'individu	71
3.9.2 Difficultés liées à l'intervenant	73
3.9.3 Difficultés liées à l'interprète.....	74
3.10 Adaptation d'un protocole de la TEN.....	75
3.10.1 Différences culturelles en intervention.....	76
3.10.2 Résumé	78
CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE.....	81
4.1 Objectifs.....	81
4.2 Questions de recherche.....	81
4.3 Procédures	81
4.4 Horaire des activités.....	89
4.5 Considérations éthiques.....	90
4.6 Analyse des résultats.....	90
4.7 Retombées	93
CHAPITRE V	
RÉSULTATS I : ADAPTATION DE LA TEN AU CONTEXTE RWANDAIS	95
5.1 Partie introductive	96
5.1.1 Présentation	96
5.1.2 Engagement	98
5.1.3 Évaluation.....	98
5.2 Psychoéducation	99
5.2.1 Origine, développement et conséquences du TSPT	99
5.2.2 Présentation d'un modèle théorique.....	100

5.2.3 Information sur les facteurs de risque et de protection.....	100
5.2.4 Information sur les critères diagnostiques.....	101
5.2.5 Conséquences du TSPT.....	102
5.3 Intervention	106
5.3.1 Objectifs	106
5.3.2 Déroulement.....	106
5.4 Séances subséquentes	109
5.5 Plan d'avenir et fin de l'intervention.....	110
CHAPITRE VI	
RÉSULTATS II. VALIDATION DE LA TEN AU CONTEXTE RWANDAIS	112
6.1 Rappels.....	112
6.2 Rapport des discussions.....	113
6.2.1 Thème 1. Confiance et engagement de l'individu.....	114
6.2.2 Thème 2. Méthodes d'intervention de la TEN adaptée.....	128
6.2.3 Thème 3. La culture rwandaise comme un outil de la TEN adaptée.....	134
6.2.4 Thème 4. Participation active à la TEN.....	139
6.2.5 Thème 5. L'importance de la TEN adaptée.....	142
6.3 Protocole final de la TEN.....	146
6.3.1 Partie introductive	146
6.3.2 Psychoéducation.....	149
6.3.3 Intervention	152
6.3.4 Les séances subséquentes.....	156
6.3.5 Plan d'avenir et fin de l'intervention.....	157
CONCLUSION	159
ANNEXE A	
CRITÈRES DE DIAGNOSTIC DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ...	171
ANNEXE B	

ÉCHELLE DE VALIDATION DES THÈMES	173
ANNEXE C	
TABEAU COMPARATIF ENTRE LES PROTOCOLES ORIGINAL, ADAPTÉ ET FINAL (VALIDATION)	175
ANNEXE D	
DIFFICULTÉS ET SOLUTIONS IDENTIFIÉES POUR LA MISE EN PRATIQUE DE LA TEN ADAPTÉE (VALIDATION)	184
ANNEXE E	
SYNTHÈSE DES DONNÉES BRUTES	189
ANNEXE F	
RÉSUMÉ D'INFORMATIONS ISSUES DU GROUPE DE DISCUSSION	209
APPENDICE A	
LETTRE D'APPROBATION DU COMITÉ ÉTHIQUE D'ÉTIQUE DE LA RECHERCHE	212
APPENDICE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	213
APPENDICE C	
FICHE DES RENSEIGNEMENTS ET CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DES PARTICIPANTS	218
RÉFÉRENCES.....	219

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Principales catégories de symptômes requis pour le diagnostic du TSPT.....	18
4.1 Horaire des activités.....	89

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

APA	American Psychological Association
ARCT-RUHUKA	Association rwandaise des conseillers en traumatisme - Ruhuka
AVEGA-Agahozo	Association des veuves du génocide - Agahozo
BDI	Beck Depression Inventory
CAFOD	Catholic Agency for Overseas Development
CAPS	Clinician-administered PTSD Scale
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ÉSPTA	État de stress post-traumatique aigu
ÉT	Événement traumatique
FARG	Assistance Fund for Genocide Survivors
FPR	Front patriotique rwandais
HCR	Haut commissariat pour les réfugiés
HRSD	Hamilton Rating Scale for Depression
HSCL-25	Hopkins Symptom Checklist-25
IPT	Interpersonal Therapy
MINI	Mini-international Neuropsychiatric Interview
MINEPRISEC	Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire
MINESUPRES	Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Culture
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PED	Psychoéducation
PTSD-S	Posttraumatic Stress Diagnostic Scale
RDC	République démocratique du Congo
SC	Supportive Counselling
SF-12	12-Item Short Form Health Survey
SIA	Stimulus inconditionné aversif
SRQ-20	Self-reporting Questionnaire
TAU	Treatment as Usual
TC	Trauma Counselling
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TE	Thérapie par exposition
TEN	Thérapie par exposition aux narratifs
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UNHCR	Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
UNICEF	United Nations Children's Fund
UPID	UCLA PTSD Index for DSM-IV
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine / syndrome d'immunodéficience acquise

RÉSUMÉ

En 1994, entre 800 milles et un million de Tutsi ont été tués au Rwanda. Près de 1,7 million de Rwandais, majoritairement Hutu, ont pris la voie de l'exil. Des milliers de Rwandais se sont déplacés à l'intérieur du pays, d'autres ont été mis en prison, accusés d'avoir commis des actes de génocide. Parmi les multiples conséquences psychologiques figure le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Malgré diverses tentatives d'intervention réalisées, la prévalence du TSPT au Rwanda s'élevait à 28,4 % en 2009. Comment peut-on aider les Rwandais aux prises avec des symptômes d'un TSPT. *Objectifs de l'étude* : 1) Réaliser une adaptation culturelle de la thérapie par exposition aux narratifs (TEN) de Schauer, Neuner et Elbert (2010), 2) effectuer une validation de la pertinence de ce traitement. *Questions de recherche* : 1) Quelles modifications doit-on apporter pour adapter la TEN au contexte culturel rwandais ? 2) Quelle est sa pertinence? *Résultats* : 1) L'adaptation de la TEN a été réalisée selon les quatre phases proposées par Barrera et Castro (2006) : a) cueillir les informations sur la population cible; b) créer un devis pour l'adaptation préliminaire; c) développer l'adaptation préliminaire; et d) valider l'adaptation réalisée. 2) Validation : Un groupe de discussion de huit Rwandais, trois Canadiens et l'auteure de ce mémoire a été constitué. L'analyse des résultats à cette étape a suivi la méthode de Vaughn, Schumm et Sinagub (1996), comprenant cinq étapes : 1) identifier les idées principales; 2) faire les unités d'information; 3) catégoriser ces unités; 4) faire le choix des catégories; et 5) identifier les thèmes. Les propos des participants ont permis d'identifier cinq thèmes : 1) la confiance et l'engagement; 2) l'utilité des méthodes de la TEN adaptée; 3) la culture rwandaise comme outil d'intervention; 4) la participation active de l'individu; et 5) l'importance de la TEN adaptée au Rwanda. L'adaptation de la TEN devient une intervention sur mesure pour traiter le TSPT chez les Rwandais. Cette étude permet ainsi une amélioration des interventions psychologiques pour le TSPT au Rwanda.

MOTS CLÉS : Rwanda, génocide, guerre, trouble de stress post-traumatique, intervention, thérapie par exposition aux narratifs.

INTRODUCTION

Malgré les efforts fournis dans le domaine d'intervention psychologique, la prévalence du traumatisme reste élevée au Rwanda (Munyandamutsa, Mahoro-Nkubamugisha et Ariel, 2009). Vu le nombre limité des intervenants professionnels et des lieux d'intervention en santé mentale inaccessibles pour certains Rwandais vivant en milieu rural, on se demande à quoi pourrait ressembler une intervention qui permettrait d'aider les Rwandais à sortir de leur état traumatique. Quelle serait cette intervention qui pourrait être d'une durée relativement brève, au coût peu élevé et qui donnerait des résultats bénéfiques?

Le génocide de 1994 étant sans précédent dans l'histoire du Rwanda, il est difficile de trouver des bases culturelles qui serviraient de repères à une prise en charge psychologique des victimes de cet événement traumatique hors du commun. Mais, tenant compte de la situation particulière des ÉT pouvant être à l'origine du TSPT au Rwanda, nous avons effectué une revue de la littérature sur le traitement du TSPT, afin de voir s'il existe une forme d'intervention susceptible d'aider les victimes des expériences traumatiques pouvant ressembler à celles qu'ont vécues les Rwandais. Plusieurs auteurs relatent l'efficacité de certaines thérapies cognitives et comportementales (TCC) et recommandent leur utilisation pour traiter le TSPT (NICE, 2005; Schnurr et Friedman, 2008). Cependant, il a été remarqué que la population soumise à ces études se distinguait du « profil rwandais » de l'après-guerre et génocide de 1994. Ce sont des individus qui ont été témoins du génocide ou des massacres de 1994, qui ont perdu certains ou tous les membres de leur famille, qui ont assisté à la destruction de leurs biens et restés sans logement, sans nourriture et cela pendant plusieurs jours, semaines ou années, qui ont vécu dans des camps de réfugiés où les conditions de vie étaient très dures, qui voient tous les jours ceux qui ont commis de tels

actes tragiques contre eux et/ou contre les autres, sans que justice soit rendue, etc. En examinant les écrits scientifiques relatant l'efficacité des différentes formes de la TCC pour traiter le TSPT auprès des individus ayant vécu des violences interpersonnelles comme les réfugiés, la thérapie par exposition aux narratifs (TEN) a attiré notre attention.

En effet, peu d'études scientifiques faites sur cette population ont suscité l'apport de la thérapie par exposition aux narratifs, aussi bien chez les adultes (TEN) que chez les enfants et adolescents (KidNET), ayant subi des violences organisées comme la guerre et la torture (Bichescu, Neuner, Shauer et Elbert, 2006; Halvorsen et Stenmark, 2010; Onyut et al., 2004; Robjant et Fazel, 2010; Ruf et al., 2010; Schauer et al. 2004; Shauer, Neuner et Elbert, 2005). Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi la TEN, non pas parce qu'elle est la meilleure méthode d'intervention pour le TSPT résultant des violences interpersonnelles, mais parce que son contenu, ainsi que sa procédure d'intervention, nous semblaient intéressants et susceptibles de contribuer à la diminution des symptômes du TSPT chez les Rwandais. On n'ignore pas le caractère particulier et singulier de chaque personne qui a vécu un ÉT, mais nous devons souligner que les situations traumatiques qu'ont vécues ou vivent encore les participants des études sur la TEN ressemblent en partie à ce qu'ont vécu ou vivent encore les Rwandais en général. Cela justifie notre intérêt pour la TEN. Le détail sur le traitement du TSPT, ainsi que le choix de la TEN parmi d'autres types d'interventions psychologiques prouvées efficaces et recommandées pour traiter le TSPT, seront présentés ultérieurement dans ce travail. Le but premier de ce mémoire est d'adapter culturellement la TEN pour aider les Rwandais présentant des symptômes du TSPT liés à la guerre et au génocide de 1994. Dans un deuxième temps, par un groupe de discussion, nous réaliserons une validation de sa pertinence auprès des Rwandais vivant à Montréal.

Le présent mémoire sera divisé en six chapitres. Après le premier chapitre qui introduit le sujet, le deuxième chapitre portera sur le TSPT et ses spécificités au Rwanda. Le troisième présentera la TEN d'une façon détaillée. Le quatrième traitera des objectifs de la recherche, ainsi que de la méthodologie utilisée et le cinquième chapitre abordera les résultats liés à l'adaptation de la TEN. Le sixième chapitre décrira les résultats issus d'un groupe de discussion. Enfin, les forces et limites de l'étude seront présentées en abordant les points saillants des différents chapitres, ainsi qu'une discussion relative aux implications de ces résultats sur les plans scientifique et pratique.

CHAPITRE I

MISE EN CONTEXTE

1.1 Jalons historiques

Le Rwanda est un pays enclavé de l'Afrique centrale qui figure parmi les pays les plus surpeuplés et les plus pauvres de notre planète. En 2000, 60 % de sa population vivait sous le seuil de pauvreté et 42 % vivait dans l'extrême pauvreté. Situé à 2 ° de latitude Sud et à 30 ° de longitude Est, le Rwanda jouit d'un climat équatorial doux, tempéré par l'altitude. Vivant de l'agriculture à 90 %, la population rwandaise était estimée à 8,6 millions d'habitants en 2006 (Gouvernement du Rwanda, 2005). En 2010, la densité de la population était de 430,6 habitants au km² sur un territoire de 26 338 km². En 2000, l'espérance de vie y était de 49 ans, le taux d'analphabétisme, de 52 % et le taux de prévalence du VIH/SIDA, de 13 %. Le taux d'accès à l'eau potable était de 52 % et le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans était de 45 %. Cette population est à majorité féminine à 53 %, jeune à 45,4 % (moins de 15 ans en 2000) et le taux de fécondité est de 6,1 enfants par femme. En 2000, le pays ne comptait que 0,5 % de diplômés au sein de sa population, alors que la moyenne africaine était de 4 % (Gouvernement du Rwanda, 2000).

En 1994, le Rwanda a connu un génocide. Le mot génocide, d'origine grecque « genos » (race, tribu) et du latin « cide » (tuer) a été introduit dans la langue française en 1944, pour désigner la destruction d'une nation ou d'un groupe ethnique (Ndayambaje, 2001). Un génocide implique un plan coordonné ayant pour but l'extermination des membres d'un groupe, ethnique ou racial. Cette définition reflète bien le contexte rwandais, puisque lors du génocide, au premier plan, seuls les Tutsi de

tous les âges étaient visés (Mujawayo et Belhaddad, 2005). Entre 800 mille et un million de Tutsi, sur une population qui s'élevait à environ sept millions d'habitants, ont été tués en une centaine de jours (Anguelova, Maudet, Benoit et Regard, 2007; Kanyangara, Rimé, Philippot et Yzerbyt, 2007; Mujawayo et Belhaddad, 2005; Mukamana et Brysiewicz, 2008; Ndabavunye, 2005; Vulpian, 2004). On compte aussi dix mille Hutu politiquement modérés ou compatissants envers les Tutsi, qui ont été tués (Kanyangara, Rimé, Philippot et Yzerbyt, 2007). Qu'est-ce qui a pu favoriser la transmission, la propagation et la sensibilisation des idées de haine conduisant à des tueries et des violences extrêmes entre deux groupes de la population possédant une même langue, une même culture et un même territoire?

Les écrits sur l'histoire du Rwanda montrent que les idées divisionnistes, source de conflits entre les Rwandais, ne datent pas de 1994, mais plutôt de plusieurs années antérieures. En effet, trois grandes périodes marquent l'histoire du Rwanda : la période coloniale (1900-1961), la période post-coloniale (1962-1994) et la période post-génocide (1994 jusqu'à aujourd'hui).

1.1.1 Période coloniale (1900-1961)

Selon Lacger (1939), Kagame (1954) et Kayihura (2004) (cité dans Mutabazi, 2011), avant la période coloniale, les Rwandais étaient classés non dans des groupes ethniques différents, mais dans des classes sociales partageant plusieurs valeurs communes, comme la langue, la religion ou l'organisation sociale, ce qui favorisait un brassage inter-groupe permettant une certaine harmonie. À leur arrivée, les missionnaires et les colonisateurs allemands et belges ont exploité les subtiles différences sociales et ont institutionnalisé la discrimination en créant une division ethnique avec des conséquences désastreuses. Ils transformèrent ces classes sociales des Rwandais en trois ethnies : les Tutsi, les Hutu et les Twa, faisant disparaître la mobilité interclasse. Les

colonisateurs belges procédèrent à enregistrer l'appartenance ethnique de chaque Rwandais sur sa carte d'identité (Gatwa, 2001 cité dans Mutabazi, 2011). Les Twa, considérés comme étant les premiers habitants du Rwanda, vivaient de la chasse et de la fabrication de poterie. Ils appartenaient à la « classe inférieure ». Les Hutu, majoritaires, étaient classés au deuxième rang, soit dans la « classe moyenne » et vivaient de l'agriculture. Sur la base des écrits relatifs aux migrations des populations africaines, les Tutsi étaient considérés comme une autre race venue soit d'Éthiopie ou d'Égypte, soit d'Asie. Selon cette idéologie, ils ne seraient donc pas considérés comme de vrais Rwandais, ils seraient venus de l'étranger. Les Tutsi, placés en haut de l'échelle sociale, appartenaient à la classe des gens aisés possédant un grand cheptel. Ils furent considérés comme les « vrais hommes » intelligents, capables de gouverner. Tout le pouvoir politique leur appartenait. Ainsi, les Hutu et les Twa furent considérés comme des « sous-hommes », faits pour être dirigés et pour effectuer les travaux pénibles (Gatwa, 2001; Lacger, 1939; Kagame, 1954; Kagame, 1975 cité dans Mutabazi, 2011).

1.1.2 Période post-coloniale (1962-1994)

C'est en bonne partie l'exploitation de ces idéologies qui a provoqué la méfiance et la haine interethnique, les actes répétés d'injustice, les mensonges, les inégalités, les tensions, et finalement, les massacres contre les Tutsi et les Hutu modérés, pour atteindre le point culminant de la haine qu'a été le génocide de 1994. Les premiers massacres avaient eu lieu en 1959 sous forme d'une révolution sanglante. Les révolutionnaires, adeptes des partis politiques d'obédience de l'ethnie Hutu, voulaient la suppression des inégalités dans tous les secteurs de la vie nationale, dont les rênes étaient tenues par la seule ethnie Tutsi. Les Hutu réclamaient une transformation radicale des institutions politiques et l'instauration d'une démocratie républicaine, au détriment d'une monarchie mono-ethnique minoritaire et hostile au changement. Les massacres ont été commis à l'encontre des Tutsi et les survivants ont pris le chemin de

l'exil. Les élections communales et législatives, ainsi que les référendums organisés et supervisés par l'ONU, respectivement en 1960 et en 1961, ont abouti à la destitution de la royauté et à la mise en place d'une république. Les élections furent gagnées par les Hutu, ethnie largement majoritaire dans le pays. Après la colonisation allemande de 1898 à 1916, puis le protectorat et la tutelle belge de 1916 à 1962, le Rwanda accéda à son indépendance le 1^{er} juillet 1962 (Heremans, 1973 cité dans Mutabazi, 2011).

En 1973, d'autres attentats, pillages, destructions et incendies ont eu lieu contre les Tutsi dans certaines régions du pays. Plusieurs furent également forcés à l'exil et aux déplacements intérieurs dans le pays. Le coup d'État militaire qui porta l'ex-président, également Hutu, le Général major Juvénal Habyarimana au pouvoir y trouva ses explications. En 1990, les Tutsi de l'exil rassemblés au sein du Front patriotique rwandais (FPR, parti au pouvoir actuellement) déclenchèrent un conflit armé et attaquèrent le Rwanda à partir de l'Ouganda. Cette guerre a joué un grand rôle dans la détérioration du tissu social rwandais et a alimenté une idéologie négative selon laquelle les Tutsi, sans distinction, étaient des ennemis qu'il fallait éliminer. Le 6 avril 1994, après quatre ans de guerre, dans un climat morose et fiévreux, l'avion du Président Juvénal Habyarimana fut abattu, le président et sa suite y trouvèrent la mort. Ce grave événement fut l'élément déclencheur du génocide des Tutsi au Rwanda.

1.1.3 Période post-génocide

Le génocide de 1994 a duré presque cent jours, d'avril à juillet 1994. En plus des conséquences désastreuses ayant frappé indistinctement toutes les couches de la population rwandaise, le génocide a produit un bilan très lourd. Certaines sources estiment que, entre 800 milles et un million de Tutsi, de même que des opposants politiques Hutu, furent farouchement massacrés par quelques Hutu en un temps record

dans « un pays qui comptait environ sept millions d'habitants, c'est-à-dire dix mille morts par jour » (Brésillon, 2004). À côté de ces pertes humaines, le génocide laissa le Rwanda socialement et matériellement détruit. En outre, le pays a été vidé de sa population, car devant la conquête du pays par le FPR, un mouvement armé essentiellement composé de Tutsi, une bonne partie de la population hutue, largement majoritaire, a quitté le pays pour trouver refuge dans les pays limitrophes et surtout vers la République démocratique du Congo (RDC, ex-Zaïre), où un grand nombre de personnes ont péri. Il fallait une reconstruction dans tous les domaines. À la suite de la guerre et au génocide, la population rwandaise de toutes les composantes ethniques, et particulièrement les rescapés, vivaient dans la peur de la mort, dans l'angoisse, dans l'incertitude du lendemain, ce qui a déstabilisé et continue à peser lourd sur leur vécu, surtout psychologique.

1.2 Conséquences du génocide

1.2.1 Pertes humaines, matérielles et familiales

En plus d'un grand nombre de pertes en vies humaines et pertes matérielles dans un temps bien court (trois mois), on reconnaît d'autres conséquences du génocide et des massacres. La guerre, le génocide et l'exil ont contribué fortement à la destruction de la famille rwandaise qui, avant la tragédie, était un milieu de soutien pour ses membres. Les écrits soulignent que les rescapés du génocide de 1994 au Rwanda restent profondément blessés physiquement et psychologiquement, à travers des scènes horribles qu'ils ont vécues. En plus du drame humain (la torture et souvent la mort des membres de leur famille ou de leurs connaissances), les rescapés ont perdu leurs biens et plusieurs restent sans abri (Chauvin, Mugaju et Comlavi, 1998; Gasibirege, 1995; Mukakayumba, 1995; Mukamana et Brysiewicz, 2008; Staub, 2006). Des familles ont été décimées et d'autres sont des rescapés meurtris tant moralement, physiquement qu'économiquement.

(Banque Mondiale, 2005). En 1998, Chauvin, Mugaju et Comlavi estiment que dans la population rwandaise qui s'élevait de 7,6 millions en 1997, 35 % des ménages étaient dirigés par des femmes monoparentales. Certaines femmes avaient été victimes de viol et, dans certains cas, infectées par le sida (Mukamana et Brysiewicz, 2008; Zraly et Nyirazinyoye, 2010). Elles ont également été victimes d'autres maladies sexuellement transmissibles, sans omettre des traumatismes sexuels et physiques. On observe également que 2,5 millions d'enfants rwandais ont vécu des événements traumatiques liés à la guerre et au génocide et, parmi ces derniers, 640 000 enfants ont été sévèrement touchés. Le nombre d'enfants non accompagnés s'élevait à 13 000 (Dyregrov, Gupta, Gjestead, et Mukanoheli, 2000). N'ayant pas d'adulte sur qui ils pouvaient compter, ces enfants étaient livrés à eux-mêmes, certains sont devenus chefs de ménages et responsables de leurs frères et sœurs (Kayitesi, Deslandes et Lebel, 2009; Thurman et al. 2006). En plus, en 2007, l'Association des rescapées du génocide au Rwanda « Ibuka » (traduit littéralement par « Souviens-toi »), dénombrait 27 498 personnes souffrant de différentes infirmités physiques résultant du génocide de 1994.

1.2.2 Destruction des liens et des valeurs sociales

Au Rwanda, trois principes définissaient le sens d'exister. Il s'agit de « Kubaho (vivre), Gutunga (posséder) et Gutunganirwa (vivre heureux, tranquille et en paix, dans la prospérité) » (Nsabiyeze, 2009). La famille jouait un rôle important pour véhiculer ces principes. Un Rwandais vivait non seulement pour lui-même, mais pour sa famille. La relation entre les Rwandais était caractérisée par la solidarité, l'entraide et les visites amicales. La vie était quelque chose d'important et c'est ce qu'on souhaitait de meilleur à l'autre. Ces souhaits se transmettaient surtout par les salutations d'usage à travers lesquelles on souhaitait, par exemple, la vie, à un célibataire de trouver un époux ou une épouse et à celui qui est marié d'avoir des enfants. Aux enfants, on souhaitait d'avoir un

père et une mère. Dans certaines salutations, on pouvait aussi se souhaiter des « vaches ». Ces dernières constituaient un signe de la richesse pour les Rwandais et une des conditions pour le bonheur. Lors du génocide, des mœurs, tabous et valeurs morales ont été transgressés. Le respect de la vie de l'autre n'était plus une valeur. Même après le génocide, on avait même des difficultés à saluer l'autre puisqu'on ne savait plus quoi lui souhaiter (Mujawayo et Belhaddad, 2005; Nothomb, 1965 cité dans Nsabiyeze, 2009; Rutembesa, 2008).

À travers la guerre et le génocide de 1994, les trois principes fondamentaux de l'existence du Rwandais ont été anéantis. Les Tutsi ont été sauvagement massacrés, souvent à l'arme blanche, au grand jour et en plein air; leurs maisons furent détruites et leurs biens pillés. Les survivants ont dû recommencer désespérément à zéro, sans compter sur l'appui d'aucun membre de leur famille puisque pour la plupart, leurs familles avaient été totalement décimées. De plus, le soutien des voisins, amis et de la famille élargie n'était plus disponible du fait que ceux qui n'étaient pas morts avaient été déplacés ou encore avaient pris la fuite vers les pays voisins. Eux aussi ont vécu des expériences horribles et sont morts par milliers (assister à une mort terrifiante de plusieurs personnes, dont les membres de la famille, suite à la faim, aux maladies, à la guerre du Congo, au long voyage dans des conditions inhumaines, à cause du manque d'assistance médicale et sociale, etc.). Ainsi, la majorité des Rwandais ont été témoins oculaires (qui rapportent ce qu'ils ont vu de leurs propres yeux) ou auriculaire (qui rapportent ce qu'ils ont entendu) des expériences traumatisantes, affectant la santé mentale (Kayitesi, Deslandes et Lebel, 2009; Mujawayo et Belhaddad, 2005; Pillay, 2010; Thurman et al. 2006).

Les morts étaient partout dans le pays (collines, vallées), les massacres ont été perpétrés même dans les lieux habituellement reconnus comme sacrés ou inspirant le respect : églises, temples, écoles, hôpitaux, centres de santé, etc. (Anguelova, Maudet, Benoit et Regard, 2007; Chauvin, Mugaju et Comlavi, 1998; Gasibirege, 2005). La dignité

humaine avait été suspendue. L'absence des rituels funéraires fut l'une des causes contribuant aux souffrances psychiques des survivants (ARCT-Ruhuka, 2005; Bagilishya, 2000; Gasibirege, 2005; Mujawayo et Belhaddad, 2005). Des liens ont donc été détruits non seulement entre les vivants, mais aussi entre les vivants et les morts.

1.2.3 Transmission du sida

Au cours du génocide, toutes sortes d'armes ont été utilisées, y compris les viols. Après le génocide, une forte prévalence du sida associé à ces viols a été observée, mais aussi des lésions corporelles causées par des coups de machettes et autres objets utilisés sur plusieurs victimes (Banque Mondiale, 2005). À titre d'exemple, sur 100 femmes et filles violées, 67 ont été infectées par le Sida et 80 souffrent d'un traumatisme grave (Association des veuves du génocide, 1998 dans Mujawayo et Belhaddad, 2005). Cette situation constitue une source actuelle de problèmes de santé physique et mentale (Mujawayo et Belhaddad, 2005; Munyandamutsa, 2008; Mukamana et Brysiewicz, 2008; Zraly et Nyirazinyoye, 2010).

1.2.4 Réfugiés et prisonniers

Après le génocide, les anciens réfugiés qui avaient quitté le pays à la suite des tueries et massacres contre les Tutsi lors de la révolution sanglante de 1959, et ceux de 1973 à la veille du coup d'État et de la prise du pouvoir du général major Juvénal Habyarimana (ancien président du Rwanda) sont rentrés au pays après plusieurs décennies d'exil. Ces derniers souffraient non seulement des situations difficiles vécues dans les camps des réfugiés, mais aussi des pertes massives des membres de leurs familles ou de leurs proches tombés sur le champ de bataille ou à la suite du génocide de 1994.

Dans la même période, plus de 1 700 000 Rwandais, majoritairement Hutu, se sont réfugiés dans les pays voisins (Banque Mondiale, 2005; Gasibirege, 2005). Plusieurs de ces réfugiés sont rentrés au pays après avoir traversé de dures épreuves dans les camps de réfugiés et après de longs périples entachés de malheurs horribles, surtout à l'intérieur de la forêt équatoriale en République démocratique du Congo (RDC), en République centrafricaine et en République du Congo, où plusieurs ont péri. Les individus mouraient d'actes de violence, de faim et de maladies. Le choléra et la diarrhée ravageaient les camps, surtout dans la région de Goma (RDC) où le Haut-commissariat pour les réfugiés (HCR) a dénombré plus de 50 000 personnes mortes de cette épidémie. Les corps en décomposition restaient longtemps entassés sur une ligne discontinue, le long des routes ou des sentiers à l'intérieur de la forêt vierge, en attendant qu'ils soient enterrés par les passants ou entièrement condamnés à la putréfaction. Les réfugiés ont assisté à la destruction ou démantèlement de leurs camps en 1996 en RDC et en Tanzanie, ils ont également perdu beaucoup de proches lors de la guerre en RDC. Les survivants ont, pour la plupart, été séparés des membres de leur famille (De Schrijver, 2010; Pillay, 2010).

1.2.5 Cohabitation et juridictions Gacaca

Au Rwanda, les victimes et les bourreaux cohabitent, ce qui ne facilite pas la gestion des émotions douloureuses (Ndayambaje, 2001; Mujawayo et Belhaddad, 2005). D'après Ndayambaje (2001), certaines victimes éprouvent des émotions négatives, par exemple la tristesse, la haine, la colère, la culpabilité et le désir de vengeance. Quant à Rutembesa (2008), il souligne que cette cohabitation est à l'origine, chez les Rwandais, de l'isolement et le repli sur soi, la suspicion, les rivalités basées sur les appartenances ethniques et les comportements d'évitement des uns et des autres. Du côté des bourreaux, les émotions éprouvées sont notamment les remords, le regret, la colère, la

culpabilité, l'irritabilité et la peur de vengeance (Ndayambaje, 2001; Rutembesa, 2008). Face à cette situation, les Rwandais ont parfois opté pour le silence. La Banque Mondiale (2005) affirme qu'au Rwanda, les bourreaux du génocide de 1994 souffrent psychiquement d'avoir massacré des gens.

La cohabitation entre les victimes et les bourreaux n'est pas le seul facteur à expliquer ce silence. D'autres situations qui poussaient les Rwandais à se taire sont entre autres la honte de ce qu'ils ont vécu. C'est le cas, par exemple, des femmes violées qui voulaient garder « ce secret » pour elles, de peur de représailles (parce qu'au Rwanda, le viol ou tout autre sujet en rapport avec la sexualité est un tabou) (Gishoma et Blackelaire, 2008; Mujawayo et Belhaddad, 2005; Munyandamutsa, 2008; Ndabavunye, 2005). En fait, certaines femmes qui ont eu le courage d'en témoigner lors des juridictions Gacaca subissaient des humiliations du public, ce qui poussait les autres à se taire (Mujawayo et Belhaddad, 2005). Ces situations constituent des menaces pour la santé mentale des Rwandais et favorisent le développement et le maintien des troubles mentaux, dont le TSPT (Rutembesa, 2008).

À ces problèmes, s'ajoutent les souffrances liées au processus judiciaire (Banque Mondiale, 2005). L'Association rwandaise des conseillers en traumatisme –Ruhuka (ARCT-Ruhuka, 2005) affirme que les juridictions Gacaca sont associées au traumatisme des Rwandais. Durant le Gacaca, mode de règlement traditionnel des conflits de voisinage et nouvelle structure juridique pour juger les crimes commis lors du génocide de 1994, nombre de Rwandais ont revécu leurs traumatismes (Penal Reform International, 2010). Les accusés devaient relater leurs actes durant le génocide et les victimes devaient témoigner. Le silence trop longtemps gardé fut donc levé (Mujawayo et Belhaddad, 2005). Cela a occasionné l'apparition d'émotions fortes, aussi bien chez les rescapés que chez les bourreaux, sans parler de l'impact psychique sur les juges élus et sur le public, obligés d'écouter attentivement ces récits dramatiques (Banque Mondiale, 2005).

CHAPITRE II

TSPT ET SES PARTICULARITÉS AU RWANDA

2. 1 Le trouble de stress post-traumatique

2.1.1 Définition

Selon Shauer, Neuner et Elbert (2005), le trouble de stress post-traumatique (TSPT) désigne une réaction pathologique suite à une expérience traumatique. Certains auteurs utilisent tout simplement le terme « traumatisme » ou « trauma » pour désigner l'expérience d'un événement traumatique (ÉT) (Mujawayo et Belhaddad, 2005; Williams et Poijula, 2006). L'American Psychiatric Association (APA, 2000) caractérise un événement comme étant traumatique lorsqu'il implique une menace de mort ou une menace grave à son intégrité physique et lorsqu'il entraîne une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime. Le traumatisme peut être direct (quand l'individu a vécu personnellement un ÉT) ou indirect (quand le traumatisme résulte d'un témoignage que l'individu a entendu) (APA, 2000; Williams et Poijula, 2006). Les ÉT peuvent être subdivisés en trois catégories: 1) les actes de violence interpersonnels (p. ex. les agressions physiques et sexuelles, les vols à main armée, la guerre, les camps de concentration, la torture); 2) les accidents causés par la main de l'homme ou d'erreurs techniques (p. ex. les accidents de voitures, de trains ou d'avions, les explosions, les incendies); et 3) et les catastrophes naturelles (p. ex. les ouragans, les feux de forêt, les tremblements de terre) (Brillon, 2010). Lorsqu'un individu expérimente un ÉT, il éprouve de l'anxiété et évite des situations semblables (Deetjens, 2005). Il éprouve également une détresse émotionnelle intense et des multiples perturbations sur le plan physique, émotionnel et cognitif. On observe aussi

chez les victimes des réactions physiologiques importantes et des symptômes psychologiques de terreur et d'impuissance (Brillon, 2010; Schauer, Neuner et Elbert, 2010).

2.1.2 Modèle théorique

Il existe différents modèles explicatifs TCC du TSPT (Brillon, 2010; Séguin-Sabourin, 2006). Dans le cadre de ce mémoire, le modèle d'Ehlers et Clark (2000) est retenu. L'intérêt porté à ce modèle réside en ce qu'il combine le contenu de différents modèles comportementaux et cognitifs (Séguin-Sabouraud, 2006). En plus, ce modèle met l'accent sur la perception du trauma par les victimes et explique l'origine des différentes réactions observées chez les individus ayant vécu des ÉT semblables. Ce modèle stipule que le développement et le maintien du TSPT dépendent principalement des cognitions associées à l'événement déclencheur, ainsi que du sens personnel que l'individu attribue à cet événement (Séguin-Sabouraud, 2006). En effet, les souvenirs de l'ÉT seraient mal encodés et l'individu percevrait à tout moment la sensation d'un danger associé à l'ÉT. Cette sensation resterait réelle au moment présent, ce qui perturberait la vie tout entière de l'individu (intrusions et/ou reviviscences, hyperactivation neurovégétative, anxiété et autres réactions anxieuses). En outre, l'individu émettrait des réponses comportementales et cognitives, afin de contrôler le danger perçu et réduire sa détresse. Or, cette stratégie aurait plutôt pour conséquence d'entretenir la peur et rendre le trouble chronique (Vickers, 2005).

Un autre avantage de ce modèle est qu'il offre une compréhension quant aux méthodes de traitement du TSPT qui s'appuient sur l'usage de stratégies thérapeutiques cognitives (basée sur le traitement de l'information, soit l'identification et modification des pensées dysfonctionnelles) et comportementales (exposition graduée aux stimuli qui

déclenchent les reviviscences) dans le but de changer la signification personnelle de l'événement traumatique vécu (Lafrance, 2011).

Ce modèle souligne également l'importance du soutien social chez une personne ayant vécu l'ÉT. En effet, la façon dont la victime interprète l'ÉT peut être influencée par les réactions des autres (Ehlers et Clark, 2000). Guay, Marchand et Billette (2006) affirment que l'interaction sociale peut être à l'origine de certains symptômes du TSPT, tel le sentiment de détachement d'autrui et la restriction des affects, tout comme il peut constituer un soutien permettant à la victime de l'aider. Ces propos de Guay, Marchand et Billette (2006) pourraient être intéressants quant à la compréhension du développement et du maintien du TSPT au Rwanda dans la mesure où, après le génocide, un climat de méfiance et de suspicion était manifeste au sein de la population (Ndayambaje, 2001; Rutembesa, 2008).

Par ailleurs, le modèle d'Ehlers et Clark pourrait bien expliquer certains comportements observables chez les Rwandais ayant des symptômes post-traumatiques, tels que vouloir cacher ses symptômes de peur d'être jugé négativement (perdre la boule ou la peur de devenir « fou ») (Mujawayo et Belhaddad, 2005). Il pourrait également éclairer la victime et son entourage quant au développement et maintien des symptômes à la suite du manque de soutien social occasionné par la méfiance et la perte de confiance observées chez les Rwandais après le génocide de 1994 (Rutembesa, 2008).

2.1.3 Prévalence

Il est estimé que 90 % de la population générale vivra au moins un événement traumatisant ou profondément bouleversant au cours de leur vie, mais tous ne

développeront pas le TSPT (Breslau et al., 1998). Selon Kessler (2005), la prévalence à vie dans la population générale s'élève à 6,8 %.

Les différences liées au sexe sont aussi manifestes dans le développement du TSPT. Deux tiers de femmes sur un tiers d'hommes développent le TSPT (Fontaine et Fontaine, 2006). Il semble que les traumatismes liés aux violences sexuelles soient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (9 fois plus à risque). Plus de 75 % des victimes de viol souffrent du TSPT (Fontaine et Fontaine, 2006). Les événements traumatiques les plus fréquents chez les hommes sont les accidents de voiture (28 %), les expériences de combats (19 %) et les assauts physiques (18 %) (Brillon, 2010).

2.1.4 Critères diagnostiques

Six critères diagnostiques relativement au TSPT ont été établis par l'APA (2000). Le tableau ci-dessous présente les principales catégories des symptômes requis pour faire le diagnostic du TSPT. Pour plus de détails, le lecteur est invité à consulter l'appendice A.

Tableau 2.1

Principales catégories de symptômes requis pour le diagnostic du TSPT

Critères diagnostiques	Minimum requis
A. Événement traumatique	A1. Menace à sa vie, à son intégrité physique A2. Présence d'une peur intense, d'horreur ou d'impuissance
B. Reviviscences	1 des 5 symptômes possibles
C. Évitement et émoussement	3 des 7 symptômes possibles
D. Hyperactivation	2 des 5 symptômes possibles
E. Durée d'un mois	Durée minimale d'un mois symptomatique
F. Détresse significative	Détresse et séquelles des sphères significatives

2.1.5 Évolution des symptômes post-traumatiques non traités

L'APA (2000) souligne qu'après un ÉT, on observe une diminution graduelle des symptômes post-traumatiques au cours des trois mois qui suivent. Or, 60 % des victimes présentent des symptômes même après plus d'un an. Les symptômes post-traumatiques sont subdivisés en trois catégories, à savoir: 1) l'état de stress post-traumatique aigu (ÉSA) qui dure moins de trois mois après l'ÉT; 2) l'état de stress post-traumatique

chronique, qualifié ainsi à partir de trois mois et plus de symptômes post-traumatiques; et 3) le TSPT avec survenu différé, quand on observe des symptômes post-traumatiques à partir de six mois après l'ÉT (APA, 2000).

2.1.6 Comorbidité

Le TSPT se présente rarement seul (Brillon, 2010). En effet, 80 % des victimes souffrent d'un autre trouble de façon comorbide aux symptômes post-traumatiques (Breslau et al., 1991). Le trouble associé le plus fréquent est la dépression. En effet, 50 % des victimes d'un ÉT souffriront d'une *dépression majeure* (p. ex. perte d'intérêt, perte d'appétit et poids, dévalorisation (Fontaine et Fontaine, 2006; Shalev, Peri, Canetti, et Schreiber, 1996). Une personne ayant un TSPT présente aussi un risque suicidaire élevé (Kotler, Iancu, Efroni et Amir, 2001; Wilcox, Storr et Breslau 2009). Cela pourrait être expliqué par la dépression, le faible niveau du soutien social et les séquelles de l'ÉT (Freeman et Moore 2000). En effet, les séquelles physique et psychologique constituent des rappels constants de l'ÉT et peuvent contribuer au maintien des symptômes. Ils rendent également les deuils difficiles pour la victime (Brillon, 2010).

Les troubles anxieux constituent aussi une comorbidité fréquente au TSPT (Fontaine et Fontaine, 2006). Brillon (2010) souligne également que des symptômes d'attaque de panique peuvent survenir quand l'individu est en contact avec des situations qui ressemblent à l'ÉT. L'abus et la dépendance à des substances sont aussi fréquents lors d'un TSPT. En effet, l'individu consomme de l'alcool et des drogues pour apaiser ses symptômes post-traumatiques ou pour fuir une réalité trop pénible ou trop douloureuse (Breslau, Davis et Schultz, 2003). Malheureusement, ce soulagement est à court terme, ce qui entraîne la répétition de comportement tout en créant la dépendance. Cette

dernière constitue un facteur de renforcement des symptômes post-traumatiques (Brillon, 2010).

En outre, des difficultés relationnelles avec l'entourage peuvent aussi être observées chez la victime. Elles sont généralement liées aux symptômes post-traumatiques et dépressifs caractérisés par l'irritabilité, la faible tolérance au stress, les difficultés de sommeil, la tristesse et la perte d'intérêt. Il est à noter que ces difficultés peuvent aussi entraîner des difficultés professionnelles (Brillon, 2010).

2.1.7 Facteurs de risque et de protection

Melissa, Germain et Marchand (2006) soulignent que dans le développement du TSPT, un événement traumatique constitue une condition nécessaire, mais non suffisante en soi. Certains individus exposés à un ÉT récupèrent rapidement et s'adaptent assez bien dans la vie. Cela est dû à la présence ou l'absence de différents facteurs qui déterminent les réactions traumatiques chez l'individu. Ces facteurs sont appelés facteurs de risque et de protection.

Les facteurs de risque désignent « la probabilité d'une issue sanitaire défavorable ou des facteurs qui augmentent cette probabilité » (OMS, 2002 cité dans Breton et Réal, 2008). Ces facteurs comprennent notamment les facteurs prétraumatiques, dont des antécédents psychologiques et psychiatriques personnels et familiaux, des variables sociodémographiques (âge, sexe, ethnie, éducation) et des événements traumatiques antérieurs (Breslau, Davis et Schultz, 2003; Guay et Marchand, 2006). Ils comprennent aussi des facteurs péritraumatiques, par exemple, le type d'ÉT vécu, sa sévérité, les réactions émotionnelles et physiques initiales associées au stress, la dissociation et l'effroi qu'a éprouvé la victime lors de l'ÉT. On observe aussi les facteurs post-traumatiques qui favorisent le développement, le maintien et l'exacerbation du TSPT. Ils comprennent notamment des situations de vie stressantes après l'ÉT, les symptômes

dépressifs, l'ÉSPTA, le soutien social (absent, déficient ou négatif) (Guay et Marchand, 2006).

Les facteurs de protection désignent « les attributs des personnes, des environnements, des situations et des événements qui paraissent tempérer les prédictions de psychopathologie basée sur un statut individuel à risque » (Ionescu et Jordan Ionescu, 2006). Les facteurs de protection favorisent le maintien d'équilibre et le développement de l'individu après avoir vécu un ÉT. Ils préviennent ou atténuent l'intensité des symptômes post-traumatiques. Ils comprennent des facteurs prétraumatiques, péritraumatiques, et post-traumatiques. Les facteurs prétraumatiques comprennent les facteurs individuels dont les stratégies comportementales ou cognitives de gestion du stress, le sentiment d'efficacité personnelle et l'expérience antérieure (Guay et Marchand, 2006; Walter, Gunstad et Hobfoll, 2010). Les facteurs péritraumatiques qui favorisent le maintien d'équilibre et le développement personnel sont encore à découvrir, tandis que les facteurs post-traumatiques comprennent le soutien social adéquat ou positif que la victime obtient après avoir vécu l'ÉT (Guay et Marchand, 2006; Nietlisbach et Maercker, 2009).

2.1.8 Traitements du TSPT

Différents protocoles d'intervention ont été utilisés pour traiter le TSPT. Deux d'entre eux semblent reconnus pour leurs effets bénéfiques quant à la diminution des symptômes post-traumatiques. Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2005) les recommande aux thérapeutes qui desservent une population traumatisée. Il s'agit de la thérapie cognitive et comportementale centrée sur le Trauma (TCC-T) et l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Les deux formes d'intervention sont reconnues non seulement pour leur effet sur la diminution

des symptômes du TSPT, mais aussi pour la diminution des autres symptômes des troubles comorbides (Jacob, 2008).

La thérapie cognitive et comportementale centrée sur le trauma (TCC-T) représente actuellement le meilleur choix pour traiter le TSPT (Marin, Crevier et Juster, 2012). Différentes études de différents pays démontrent son efficacité quant à la diminution des symptômes du TSPT, aussi bien chez les jeunes que chez les adultes (Cary et McMillen, 2012; Cohen et Mannarino, 2008; Cohen, Mannarino, Kliethermes et Murray, 2012). La TCC-T permet à l'individu de se souvenir et de parler de l'ÉT sans grand bouleversement. Elle permet également à l'individu de reprendre les activités qu'il avait abandonnées à cause des souvenirs angoissants liés à l'ÉT. Ainsi, petit à petit, l'individu présente une diminution de l'inconfort qu'il ressentait en présence de ces situations. Cela se réalise d'une façon graduelle, grâce à des exercices que l'individu effectue au moment des séances thérapeutiques et ceux qu'il fait à la maison. Ces exercices lui permettent d'affronter progressivement les souvenirs traumatiques et les situations stressantes qui y sont associées (Marin, Crevier et Juster, 2012). La TCC-T offre également une psychoéducation de l'ÉT et des réactions associées, permettant de gérer son anxiété et de travailler sur les émotions. La TCC-T assurait une amélioration durant plusieurs années après l'intervention (Marin, Crevier et Juster, 2012).

L'Eye Movement desensitization and Reprocessing (EMDR) a été reconnue à son tour grâce à son efficacité pour le traitement du TSPT, tant chez des témoins ou victimes de viols, d'agressions et d'accidents d'automobiles que chez les survivants de guerre ou de camps de concentration (Servan-Schreiber, Schooler, Dew, Carter et Bartone, 2006). Bien que l'EMDR présente plusieurs similarités avec la TCC-T (information sur les réactions post-traumatiques, gestion de l'anxiété, retour sur le souvenir du trauma), cette thérapie a la particularité d'utiliser la stimulation sensorielle par des mouvements oculaires, des stimuli auditifs ou cutanés. Cette intervention permet une diminution des symptômes du TSPT (Marin, Crevier et Juster, 2012; Shapiro, 1996). En effet, l'élément

central de l'EMDR est de diriger l'attention de l'individu sur un stimulus externe pendant que celui-là se concentre simultanément sur une source identifiée de réactions émotionnelles bouleversantes. Les stimuli externes peuvent être une alternance des mouvements des yeux, les tonalités sonores ou les tapes de la main. Le thérapeute amène l'individu à repenser à l'ÉT tout en suivant des yeux le mouvement d'un doigt (ou d'un objet comme une baguette) qu'il déplace de gauche à droite. L'alternance des mouvements des yeux ou d'autres formes de stimulation utilisées dans l'EMDR, comme le son, facilite l'intégration de l'information chez l'individu (Shapiro, 1996; Shapiro, 2001). Cependant, cette démarche n'est pas unanime pour tous les chercheurs, car cette méthode a reçu de nombreuses critiques, certains jugent l'utilisation des mouvements oculaires non nécessaires. Ces chercheurs ne trouvaient pas la différence de cette méthode à celle d'exposition utilisée normalement en TCC et qui a été prouvée efficace pour traiter le TSPT (Davidson et Parker, 2001). L'EMDR utilise les méthodes cognitives et comportementales telles que l'exposition, la désensibilisation, la restructuration cognitive, la répétition et le conditionnement classique (Shapiro, 2001).

À part la TCC-T et l'EMDR, d'autres formes de la TCC classique, telles que la thérapie par exposition (TE) et la thérapie cognitive (TC), ont été reconnues efficaces quant à la diminution des symptômes du TSPT auprès des survivants d'accidents, de viols et de crimes. Aussi, l'utilisation d'un récit narratif a fait valoir l'utilisation de la thérapie par exposition aux narratifs (TEN) et de la cognitive-processing therapy (CPT) pour traiter le TSPT.

La thérapie par exposition (TE) permet à l'individu de faire face à des pensées liées à l'ÉT, d'une façon sécuritaire, avec une supervision de sa peur associée à ces pensées ou aux stimuli externes, source de l'évitement de telles situations. Appliqués pour le traitement du TSPT, la plupart des programmes de TE comprennent l'exposition en imagination à la mémoire traumatique et l'exposition in vivo (ou réelle) à des situations faisant des rappels de l'ÉT (Bradley et al. 2005). Durant l'exposition en imagination, la

victime raconte des souvenirs de l'ÉT évoquant l'anxiété alors que dans le cadre de l'exposition réelle, elle confronte des événements déclencheurs liés au traumatisme qui génèrent en elle de l'anxiété. Cette exposition est d'une durée prolongée et répétitive.

La plupart des protocoles thérapeutiques combinent les deux méthodes, alors que les autres comprennent seulement l'exposition en imagination (Bryant et al. 2003; Keane et al. 1995; Tarrier et al. 1999). Beaucoup de programmes thérapeutiques basés principalement sur ces deux protocoles ont également recours à des interventions supplémentaires, comme des stratégies de gestion de l'anxiété (la relaxation, l'entraînement aux stratégies d'adaptation, l'entraînement au contrôle de la respiration, l'arrêt des pensées et le dialogue dirigé vers soi-même) (Cloitre et al. 2002). Ils ont également recours à d'autres stratégies, telles que la restructuration cognitive (Difede et al. 2007; Schnurr et al. 2003) ou la psychothérapie de soutien (Bryant et al. 2003). Les stratégies de gestion du stress peuvent aussi être utilisées (Bisson et al. 2007; Foa et al. 1999). Cependant, cette combinaison de différentes techniques a suscité des questionnements pour certains chercheurs. Par exemple certaines études laissent entendre que l'ajout de la restructuration cognitive à l'exposition améliore l'efficacité du traitement (Bryant et al. 2003), d'autres démontrent que les interventions cognitives (Marks et al. 1998) ou les diverses stratégies de gestion de l'anxiété (Foa et al. 1999) ne confèrent aucun autre bienfait lorsqu'elles sont utilisées en combinaison à l'exposition.

Malgré la reconnaissance de son efficacité, la thérapie par l'exposition n'est pas très répandue dans la pratique clinique de plusieurs pays. C'est l'exemple du Royaume-Uni, où Becker et al. (2004) menèrent une enquête constatant que la majorité des psychologues dans ce pays n'utilisent pas la TE pour traiter le TSPT. Ce constat est en grande partie associé non seulement au manque de formation, mais aussi à la perception des psychologues envers les contre-indications de la TE qui créent des obstacles à son utilisation dans la pratique clinique. Parmi ces obstacles, ils ont souligné les taux élevés d'anxiété suite à l'exposition à l'ÉT susceptible d'accroître la détresse psychologique

des patients. Celle-ci peut entraîner des effets indésirables et un taux élevé d'abandon du traitement (Pitman et al. 1991).

En 2002, Foa et son équipe se sont penchés sur le problème de l'augmentation des symptômes du TSPT dans la TE. Effectivement, ces auteurs ont constaté un accroissement des symptômes du TSPT, de l'anxiété et des symptômes dépressifs lors de l'exposition en imagination. Leurs analyses permettent de confirmer l'accroissement des symptômes, mais ce dernier était temporaire et n'était pas associé à l'abandon ou au résultat du traitement. En 2003, Hembree et son équipe ont constaté une différence dans les taux d'abandon dans le traitement du TSPT par la TE et les autres protocoles de traitement axés sur le traumatisme.

La thérapie cognitive (TC). Elle est fondée sur l'idée que les réactions émotionnelles sont liées à une interprétation de l'événement, plutôt que de l'événement lui-même. La TC consiste à identifier les cognitions erronées ou dysfonctionnelles, observer les points forts et faibles desdites cognitions et évaluer si ces cognitions ne sont pas les résultats d'erreurs de la réalité (Foa et al, 2009).

La cognitive-processing therapy (CPT). C'est une forme d'intervention initialement conçue pour traiter le TSPT résultant de violences sexuelles. La CPT est basée sur la théorie de traitement de l'information du TSPT et elle inclut les techniques telles que l'éducation, l'exposition et les composantes cognitives (Resick et Schnicke, 1992). Un récit autobiographique est rédigé lors des séances thérapeutiques et il est lu à maintes reprises à l'individu, ce qui assure une habitude (Foa et al., 2009; Resick et Schnicke, 1992). La CPT vise en premier les croyances erronées comme le déni et le sentiment de culpabilité. Ensuite, la CPT porte sur la surgénéralisation de ces croyances sur soi-même et sur le monde. Les croyances et les hypothèses tenues par la personne avant le traumatisme sont également prises en compte. Les individus apprennent à remettre en

question leurs croyances et hypothèses en utilisant un agenda quotidien et le questionnement socratique.

Dans le volet d'exposition, les personnes écrivent d'une manière détaillée le récit sur l'événement traumatique. Les personnes sont encouragées à tester leurs émotions au moment où ils écrivent leurs récits, mais aussi au moment de la lecture. Cela permet d'identifier les points incohérents du récit. Ces derniers sont associés aux croyances contradictoires ou aux hypothèses non fondées que s'est fait l'individu (Resick et al., 2002).

La CPT a été testée et prouvée efficace auprès des victimes de violences sexuelles (Resick et al, 2002) ou des victimes d'abus sexuels pendant l'enfance (Chard, 2005). Un essai randomisé auprès des vétérans ayant le TSPT chronique a aussi vérifié l'efficacité du CPT quant à la diminution des symptômes du TSPT ainsi que des troubles comorbides comme la dépression, l'anxiété généralisée, les problèmes associés au fonctionnement des affects et de l'ajustement social (Monson et al., 2006). La CPT s'est aussi montrée efficace auprès des adolescents incarcérés (Ahrens et Rexford, 2002). Un autre essai clinique randomisé sur l'efficacité de CPT confirme son effet quant à l'amélioration non seulement des symptômes du TSPT, mais aussi la diminution des symptômes des autres troubles comorbides, tels que la dépression, l'anxiété, la culpabilité, la honte et les distorsions cognitives (Resick et al. 2008). Bref, la CPT semble pertinent chez les hommes (vétérans) et chez les femmes (violences sexuelles) et aussi chez d'autres adultes en général. La CPT utilise la technique d'exposition à l'ÉT à travers l'élaboration d'un récit narratif, un élément commun avec la TEN.

La thérapie par exposition aux narratifs (TEN). En 2002, Neuner et son équipe de recherche ont développé une nouvelle forme de traitement du TSPT, la TEN. Cette dernière est une approche standardisée de courte durée dans laquelle la forme classique de la TE est adaptée pour répondre aux besoins des victimes de guerre ou de la torture

venant des cultures différentes et présentant le TSPT (Neuner, Schauer, Roth, et Elbert, 2002). Comme la plupart des victimes de violences organisées ont connu de nombreux événements traumatisants, il est souvent impossible d'identifier, avant le traitement, l'ÉT le plus marquant dans la vie de l'individu. Pour surmonter cette difficulté, l'équipe de Neuner (2002) combine la TE et l'approche de la thérapie par témoignage (TT) conçu pour traiter les traumatismes des survivants du régime de Pinochet au Chili (Neuner, Schauer, Roth et Elbert, 2002). Au lieu de définir un seul événement comme une cible thérapeutique, le patient construit un récit autobiographique de sa vie dès la naissance à la situation actuelle tout en mettant plus d'importance sur les expériences traumatiques (Neuner, Schauer, Roth et Elbert, 2002). Utilisant la méthode d'exposition prouvée auparavant efficace pour traiter le TSPT, plusieurs pensent que la principale motivation de la TEN est l'anticipation de recevoir une biographie écrite à la fin, qui peut aider les participants à transmettre leur histoire à leurs enfants tout en les éduquant simultanément (Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara et Elbert, 2004). De toutes ces approches d'intervention ci-haut citées, la TEN a attiré notre attention, premièrement par la population visée et deuxièmement, par ses techniques d'intervention utilisées.

De ce fait, une recension des écrits couvrant les douze dernières années (2000 à 2012) a été réalisée dans les bases des données électroniques *PsyInfos*, *PubMed*, *Scopus* et *Cairn.info*. Cette dernière a été faite pour deux raisons: 1) identifier les articles empiriques et autres publications publiées sur TEN; 2) identifier des protocoles d'intervention qui ont été réalisés et appliqués au Rwanda. Des recherches ont été faites en combinant les mots « *Rwanda, genocide, war, conflict, survivor, protective, trauma, intervention, prevention, therapy, psychotherapy, counselling* ».

Par cette méthode de recherche, 330 résultats ont été générés. Il s'agit d'articles scientifiques, thèses, mémoires et livres. Cependant, les références qui portaient sur les enfants ont été éliminées, de même que celles qui ne parlaient pas du Rwanda, du génocide ou de la guerre, du TSPT ou du traitement. En outre, celles qui portaient sur le TSPT associé à d'autres causes que la guerre et le génocide (p. ex. les catastrophes

naturelles et les accidents) n'ont pas été retenues. Seules des références portant sur le TSPT comme étant un trouble principal ont été retenues. Cela signifie que des références portant sur le TSPT comme étant un trouble comorbide ont été éliminées, ainsi que ceux qui s'intéressaient au traitement pharmacologique. Ensuite, des références produites dans une autre langue que le français ou l'anglais devraient être éliminées. Cependant, aucune n'a été identifiée dans ce travail. Par cette méthode de recherche, neuf articles sur la TEN et quatre autres sur l'intervention psychologique au Rwanda ont été retenus.

En plus de consulter ces quatre moteurs de recherche, nous avons consulté les listes de références des articles retenues. De plus, des sites Web de différents organismes de protection de droit de l'homme (ONU; UNHCR), des organismes assurant la protection des rescapés du génocide au Rwanda (FARG, AVEGA-Agahozo et ARCT-Ruhuka) et le site web du ministère de la santé au Rwanda ont été visités. Nous avons effectué les recherches directement sur les pages Web desdits organismes ou à partir des listes de références des articles identifiées. Aucun article sur la TEN et un sur l'intervention psychologique au Rwanda (Liscia et Milleliri, 2011) a été repérés et ajouté sur la liste. Ainsi, le nombre des articles reste neuf pour la TEN (3.7) et s'élève à cinq pour l'intervention psychologique au Rwanda (2.2.3).

2.1 Spécificité du TSPT au Rwanda

Dans le Rwanda traditionnel, la santé mentale était d'abord communautaire. La société gérait elle-même les troubles mentaux de ses membres. Les Rwandais avaient recours aux méthodes « traditionnelles », allant voir les « tradi-praticiens » qui étaient considérés comme des guérisseurs de tous les maux, y compris les troubles mentaux (Nsabiyeze, 2009). Lors de la colonisation (par l'Allemagne en premier et la Belgique en deuxième) et l'arrivée du christianisme, les problèmes de troubles mentaux étaient

associés à la « folie ». Dans les cas extrêmes, les personnes ayant des troubles mentaux étaient internées à l'hôpital psychiatrique national de Ndera (Munyandamutsa, 2008).

Après le génocide de 1994, on observe un état de grande souffrance chez les rescapés. Cette souffrance se manifeste surtout lors de la période de commémoration du génocide (avril-juillet), parfois au-delà ou en deçà de cette période, sur les sites mémoriaux, sur les lieux de deuils, ou dans différents établissements scolaires (Gishoma et Brackelaire, 2008). Certaines caractéristiques de cette souffrance sont des pleurs et des cris. Certaines personnes se mettent à courir pour s'enfuir et on observe une panique générale, d'autres peuvent avoir des hoquets et des gémissements. Cette situation est du jamais vu. Les Rwandais ont tenté d'en dégager une compréhension et une nomination culturelle. En effet, après le génocide, les Rwandais remarquèrent que les références aux concepts populaires habituels d'*indwara za kinyarwanda* (les maladies traditionnelles du Rwanda), *yahanzweho n'abazimu* (il est possédé par les esprits), ou d'*ibisazi* (la folie) ne sont pas adaptés aux nouvelles manifestations des troubles mentaux (Gishoma et Brackelaire, 2008). Ils inventèrent alors les termes tels que « guhahamuka » qui signifie littéralement « avoir ses poumons hors de soi ». Cette appellation fut qualifiée de péjorative puisque quelqu'un qui a des poumons hors de lui est quelqu'un qui ne sait pas se contrôler, sursaute pour un rien, parle très fort et bondit sur les autres sans raison. On sous-entend alors que c'est de la faute de la personne s'il réagit ainsi. Les victimes luttèrent alors de toutes leurs forces pour ne pas manifester ces symptômes. Pour contrecarrer cette situation, le terme fut remplacé par celui de « guhungabana » c'est-à-dire « être fort déstabilisé ». Celui-ci donne l'idée que la cause du bouleversement n'est plus interne, mais externe. Pour des personnes instruites, la situation était qualifiée de manifestation hystérique, ce qui, dans la pensée populaire, voulait signifier la « simulation » à un trouble mental. Des professionnels en santé mentale ont fini par adopter le concept de « traumatisme psychique ». Ainsi, le terme « trauma » explique au Rwanda des comportements de reviviscences et d'évitement ainsi que d'autres symptômes observés chez certains individus ayant vécu un événement traumatique,

comme les réactions physiologiques (les pleurs, les cris et les hoquets) (Gishoma et Brackelaire, 2008; Mujawayo et Belhaddad, 2005).

2.2.1 Manifestation du TSPT au Rwanda

Le TSPT au Rwanda a tendance à se manifester par une expression somatique (Gishoma et Brackelaire, 2008; Mujawayo et Belhaddad, 2005; Sebuhero, 2005). Des individus vont en consultation en se plaignant d'une immense fatigue, de maux de dos, de maux de tête, de maux de ventre et de céphalées chroniques. L'histoire d'une jeune fille, violée par deux hommes à l'âge de sept ans et laissée pour morte, en est un exemple (Munyandamutsa, 2008). En plus de la tristesse inhabituelle et des symptômes dissociatifs qu'elle affichait, son thérapeute dit que: *«...Lors de chaque consultation, dès que l'on commence à parler ensemble, elle se met à transpirer, à avoir des difficultés respiratoires et à s'enfoncer dans une espèce de perte de connaissance »*. Le thérapeute rapporte également que la jeune fille souffrait d'une hémorragie vaginale et que depuis longtemps, les médecins ne savaient plus quoi faire. Munyandamutsa (2008) explique cette situation dans ces mots: *«Cette jeune fille tente de résister à ce qu'elle n'aimerait surtout pas garder en mémoire. Le corps dénonce l'échec d'intégration du trauma à travers ce symptôme terrifiant qu'est l'hémorragie vaginale»*.

Sebuhero (2005) souligne également que la symptomatologie post-traumatique au Rwanda est caractérisée par l'insomnie, l'évitement, les pleurs, les symptômes dépressifs et les conduites autodestructrices (comme les pensées suicidaires, la toxicomanie, l'anorexie mentale et l'alcoolisme). On observe également le sentiment d'exclusion et de rejet.

2.2.2 Prévalence du TSPT au Rwanda

En 2000, Dyregrov, Gupta, Gjestad et Mukanoheli réalisent une étude auprès de 3 030 orphelins rwandais âgés entre 9 et 19 ans, provenant des centres et des familles d'accueil. Les résultats ont montré que plus de deux tiers (66 %) des participants affirment avoir vu au moins quelqu'un gravement blessé ou tué. Au total 78 % ont perdu au moins un membre de leur famille et parmi eux, 1/3 ont assisté à la mort d'un des membres de leur famille, tandis que 80 % des participants affirment s'être cachés lors du génocide. La majorité des participants affirment avoir assisté à des événements bouleversants : cris de détresse, destruction des maisons et images de violence infligée aux membres de leurs familles. Au total, 16 % des participants rapportent avoir dû se cacher sous les cadavres, ce qui leur a permis de survivre. Environ 90 % ont cru mourir lors du génocide et 1/3 de ceux-ci n'ont jamais cru qu'ils deviendraient des adultes. La plupart des participants affirment avoir des images, des pensées et des sensations intrusives associées au génocide et 2/3 essaient de se maintenir à l'écart de tout ce qui leur rappelle le génocide. Ils reportent également des difficultés de concentration ou d'attention.

Neuf ans plus tard, Neugebauer, Fisher, Turner, Yamabe, Sarsfield et Stehling-Ariza (2009), réalisent une étude auprès de 1 547 enfants et adolescents rwandais âgés de 8 à 19 ans en 1995, répartis dans deux groupes d'étude. Le but était de mesurer les réactions post-traumatiques chez les participants. Les résultats montrent que le nombre des personnes exposées aux ÉT susceptibles d'entraîner le TSPT était encore élevé. Plus de 90 % ont été témoins des massacres et ont vu leur vie menacée, 35 % ont perdu des membres de leur famille proche, 30 % ont été témoins de viols ou de mutilations sexuelles infligées aux victimes et 15 % se sont cachés sous les cadavres. Dans le premier groupe, 95,2 % des répondants ont signalé revivre des symptômes, 94,8 % ont rapporté des symptômes d'évitement et d'émoussement et 62,6 % ont déclaré avoir

deux ou plusieurs symptômes d'angoisse. Dans le deuxième groupe, ces chiffres s'élèvent à 96 %, 95 % et 56 %. Le taux global du TSPT était de 62 % dans le premier groupe et de 54 % dans le deuxième. Le taux du TSPT était plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Chez les adultes, une étude réalisée auprès de 2 074 participants montre que 94,1 % ont vécu plusieurs expériences traumatiques. Environ 75,4 % des répondants ont dû quitter leur maison et s'enfuir, 73 % ont au moins un membre de la famille proche qui a été tué lors du génocide, 70,9 % ont perdu ou ont vu leurs biens détruits. Le taux du TSPT s'élève à 28,4 % (Pham, Weinstein et Longman, 2004).

En 2009, Munyandamutsa, Mahoro-Nkubamugisha et Ariel estiment à 53,9 % les Rwandais qui souffrent de dépression et de traumatisme. Ils constatent également que le taux du TSPT s'élève à 28,4 %.

Plusieurs éléments, tels que le manque de personnel, de lieux d'intervention, des croyances envers l'intervention psychologique ainsi que des méthodes d'intervention utilisées pourraient être à l'origine du maintien du TSPT au Rwanda. Cependant, il ne s'agit que des hypothèses qui nécessitent des études approfondies pour être confirmées ou infirmées.

2.2.3 Traitements du TSPT au Rwanda

Comme mentionnées dans la partie introductive, au Rwanda, les souffrances post-traumatiques sont énormes et les Rwandais sont exposés continuellement aux situations pouvant réactiver les émotions douloureuses de l'ÉT. Des interventions individuelles et communautaires pour les personnes ayant vécu les traumatismes ont été mises en place (ARCT-Ruhuka, 2005). Par exemple, en 2005, Staub, Pearlman, Gubin et Hagengimana

mènent une étude dans le but de mettre en œuvre une intervention psychologique basée sur la théorie de la guérison, de la réconciliation et de la prévention des violences interpersonnelles au Rwanda. Lors de l'étude, les participants ont été assignés à trois groupes, deux groupes de contrôle et un groupe de traitement. Le premier groupe de contrôle était dirigé par des animateurs qui utilisaient des procédures d'aide traditionnelles. Le deuxième groupe de contrôle ne recevait aucun traitement. Le troisième groupe constituait le traitement avec des intervenants formés en psychologie. Les expériences traumatiques et les symptômes post-traumatiques dans les trois groupes ont été évalués : avant, pendant et après le traitement (deux mois plus tard). Les résultats à la relance montrent une diminution significative des symptômes post-traumatiques et une orientation plus positive vers la réconciliation dans le groupe de traitement, contrairement aux deux groupes de contrôle où on a observé l'augmentation des symptômes et un manque de changement quant au processus de réconciliation. Les chercheurs soulignent que cette méthode d'intervention pourrait être bénéfique pour assurer une diminution des symptômes post-traumatiques au sein de la population rwandaise.

En 2008, Richters, Dekker et Scholte mènent une étude sur l'approche sociothérapeutique dans la région de Byumba (nord-est du Rwanda). Celle-ci vise la population de Byumba en général, sans distinction entre les différentes catégories de la population: rescapés et non du génocide, orphelins et veuves. Comme l'étude précédente, 32 animateurs volontaires ont été formés pendant 8 semaines. Pour être admissible comme animateur, l'individu devait avoir un état émotionnel stable, être fiable, avoir le désir d'apprendre et avoir de l'empathie.

Les participants à l'étude étaient des ex-prisonniers, des veuves, des orphelins, des personnes infectées par le sida, des femmes célibataires et des élèves des écoles secondaires. Ils s'asseyaient ensemble et discutaient principalement de leurs problèmes quotidiens. Ce sont les animateurs qui choisissaient les sujets de discussion au

préalable, selon les besoins de chacun. Ces discussions permettaient la création des liens. Les membres s'encourageaient mutuellement, ce qui contribuait à la reconstruction des liens entre les participants en premier et de la communauté rwandaise en général. Les individus retrouvaient alors le soutien social, l'un des moyens facilitant la gestion des symptômes post-traumatiques (Brillon, 2010; Bétancourt et al. 2011).

Quatre mois après la mise en œuvre du programme, les participants et les animateurs affirmaient avoir une impression positive sur la sociothérapie. Un atelier a été organisé dans le but d'évaluer ces impressions. Il regroupait les bailleurs de fonds du programme provenant des Pays-Bas, ainsi que le représentant de ce pays, le ministre de la santé du Rwanda et des représentants des organismes œuvrant dans la prise en charge des personnes ayant le traumatisme. Il y avait aussi des professeurs de l'Université nationale du Rwanda, des représentants des ONG, des autorités locales ainsi que des délégués des Pays des Grands Lacs (Congo, Burundi et Ouganda). Ils ont discuté non seulement de la sociothérapie, mais aussi des bénéfices des autres méthodes d'intervention psychologique centrée sur le trauma, le soutien psychologique et la réconciliation utilisés au Rwanda. Ils affirment que la sociothérapie est potentiellement complémentaire de ces autres approches. Le fait que la sociothérapie peut venir en aide à plusieurs personnes dans peu de temps constituait son mérite. Les participants de cet atelier ont confirmé que la sociothérapie est non seulement bénéfique pour la population de Byumba, mais aussi qu'elle peut aider dans la résolution des conflits dans les pays de la Région des Grands Lacs. Les auteurs du programme pouvaient donc poursuivre leurs interventions.

À la fin du programme en 2008, on procéda à l'évaluation auprès des participants. Les témoignages recueillis (par des entrevues) étaient positifs. Sur un total de 3 700 participants au programme, entre janvier 2006 et avril 2008, 87,5 % ont apprécié l'apport de la sociothérapie dans la région de Byumba. Les participants affirment qu'ils ont retrouvé la confiance les uns envers les autres, ce qui a fait qu'ils parlaient de leurs expériences personnelles, familiales et communautaires. Un apport de la sociothérapie

semble lié à la gestion du deuil et des comportements anormaux qu'on observe pendant le mois d'avril, lors de la commémoration du génocide, à savoir les symptômes post-traumatiques (Richters, Dekker et Scholte, 2008).

Tenant compte de la complexité du TSPT au Rwanda, il est essentiel que les animateurs soient bien préparés pour pouvoir écouter les souvenirs traumatisants et aider les participants à la gestion des émotions. Étant donné que la sociothérapie utilise en partie la méthode d'exposition, certaines contre-indications de cette approche devraient être appliquées. C'est le cas, par exemple, des individus ayant une déficience intellectuelle, les sourds, les muets, les femmes enceintes et les personnes ayant des problèmes cardiaques (Heilman et Makestad, 2008; Schauer, Neuner et Elbert, 2005).

Bref, la sociothérapie semble être une forme d'intervention intéressante au Rwanda puisqu'elle est accessible à beaucoup de gens en même temps et à moindre coût. Cependant, ses modalités de travail suscitent des questionnements. En fait, la sociothérapie s'intéresse à plusieurs problèmes en même temps (réconciliation, traumatisme, deuil et résolution des problèmes). Aussi, le fait que cette intervention rassemble plusieurs personnes (ex. prisonniers, femmes célibataires, élèves au secondaire, etc.) n'ayant pas les mêmes histoires traumatiques (génocidaires, rescapés du génocide, les veuves et les orphelins) et présentant des différences d'âge, on se demande si les animateurs étaient bien outillés pour aborder le TSPT. Rappelons-nous que les études ont montré que seules les interventions centrées sur le trauma sont recommandées pour traiter le TSPT. D'après nos constats, ce n'était pas le cas pour cette intervention. Enfin, l'étude ne montre pas les mesures qui ont été prises pour surmonter les problèmes ou gérer des émotions vives qui pouvaient surgir à la suite de l'évocation des expériences traumatiques des participants.

D'autres programmes d'intervention intégrant une prise en charge psychologique au sein d'approches globales ont été utilisés au Rwanda. Selon Liscia et Milleliri (2011), il

existe un programme d'intervention fondé sur une approche liant traumatisme, développement social et économique. Cette intervention est basée sur une approche communautaire. Ces activités portent surtout autour de la notion de « prendre soin », plutôt que de soigner. Le programme de santé mentale communautaire touche plusieurs problèmes liés au génocide. On intervient auprès des enfants et des adolescents chefs de ménage, des veuves et des enfants de la rue. L'intervention comporte quatre volets, à savoir: a) volet psychologique (thérapies individuelles et de groupes, système de référence vers les structures compétentes en cas de troubles sévères); b) volet social (écoute, conseil et orientation prodigués par une conseillère psychosociale); c) volet juridique (formation sur le droit et la protection des enfants); et enfin, d) volet économique (formation à la création de projets générateurs de revenus). Cette approche utilisée au Rwanda ne montre pas clairement comment on intervient spécifiquement sur le TSPT et aucun résultat quant à la diminution des symptômes du TSPT n'est disponible.

En 2005, Ndabavunye réalise une étude dans le but d'explorer le problème de deuil chez les veuves rescapées du génocide. Au Rwanda, les rites funéraires constituaient un mode de traitement pour conjurer le mal et les fléaux de natures diverses. Or, à l'occasion de la guerre et du génocide de 1994, les rites ont été bafoués laissant sans réponse la question du sens à la vie (pourquoi ai-je survécu?). Pendant la guerre et le génocide, les survivants n'avaient pas le temps de pleurer. Après le drame, ils camouflaient leur propre mort « psychique » (Ndabavunye, 2005). L'auteur interprète cette souffrance comme une impossibilité de franchir les différentes étapes des rituels de deuil. Il souligne également que revisiter les rituels de deuil permet une nouvelle négociation pour remobiliser une nouvelle vie qui permettrait aux participants d'envisager un nouvel avenir.

Plus spécifiquement, l'étude a été menée auprès de 9 femmes, Tutsi et Hutu, survivantes du génocide de 1994, dont la moyenne d'âge est de 41 ans. L'auteur les a réunies en un

groupe dans le but de les entourer, de les approcher et de leur montrer de l'affection. Il voulait leur enseigner de l'« ubumuntu », l'une des qualités qui constituent le fondement même de l'existence du Rwandais. L'« ubumuntu » englobe diverses qualités humaines telles que l'amour, la générosité, la bonté et la solidarité. Les participantes partageaient leurs expériences traumatiques et elles se soutenaient mutuellement. Après « deux rencontres », les participantes disaient qu'elles se sentaient moins « malades » et « en sécurité » quand elles étaient dans le groupe. Après l'intervention, l'auteur souligne qu'il y avait plus de confiance et de détermination chez les participantes. On observait aussi une diminution des symptômes de deuil. Les participantes étaient aussi capables de prendre part aux activités de commémoration du génocide, notamment l'exhumation et l'inhumation des corps des leurs, ce qu'elles ne faisaient pas auparavant. On observait enfin une diminution des symptômes post-traumatiques. Ces résultats découlent des témoignages recueillis par l'auteur tout au long des rencontres. Des outils d'évaluation pouvant être utilisés n'ont pas été mentionnés dans cette étude. De plus, la durée de l'étude et le nombre de rencontres avec les participants n'ont pas été précisés. Tout comme les deux études précédentes, il n'y a pas d'autres données pour confirmer ces résultats, cette approche n'a pas été reprise ou encore utilisée avec un nombre élevé de participants.

Schaal, Elbert et Neuner (2009) ont mené une étude randomisée et contrôlée auprès des orphelins rwandais survivants du génocide de 1994. L'étude a été réalisée dans la ville de Kigali, entre janvier 2005 et mars 2006. Les interviews pré-test et post-test ont eu lieu en français ou en kinyarwanda par un interprète rwandais. Le but était d'évaluer l'efficacité de la TEN et de la thérapie interpersonnelle (IPT). Deux groupes ont été formés, le groupe expérimental recevait une intervention avec la NET (n=12) et le groupe contrôle était soumis à la thérapie interpersonnelle (n=14). Les participants ont été évalués quant à leurs symptômes du TSPT et leur dépression avant et après le traitement, ainsi qu'à trois et six mois après le traitement. Quatre séances hebdomadaires ont été tenues.

Les résultats ont montré qu'il n'y a pas de différence entre la TEN et l'IPT lors du post-test quant à la diminution des symptômes du TSPT. C'est lors d'un suivi après six mois que les auteurs remarquèrent une différence. Environ 25 % des participants présentent encore des symptômes de TSPT dans le groupe TEN comparativement à l'IPT où 71 % manifestent encore les symptômes. On observe donc une amélioration des participants de la TEN à ceux de l'IPT, non seulement pour les symptômes du TSPT, mais aussi des symptômes dépressifs. Les auteurs concluent que la TEN individuelle, en combinaison avec le traitement du deuil, constitue un traitement prometteur pour les victimes d'un ÉT ayant connu la perte d'un être cher et qui ont été atteintes de symptômes de TSPT et de la dépression.

En résumé, ces quelques études réalisées au Rwanda montrent les efforts fournis pour améliorer l'état de santé mentale des Rwandais après le génocide de 1994. Malgré cela, la prévalence du traumatisme reste élevée (Munyandamutsa, Mahoro-Nkubamugisha et Ariel, 2009). À notre connaissance, à part la TEN, aucune autre thérapie parmi celles mentionnées ci-haut ne semble prometteuse pour traiter le TSPT au Rwanda. On observe aussi qu'à part la TEN, les autres formes d'intervention réalisées au Rwanda manquent d'appuis scientifiques quant à leur efficacité pour traiter le TSPT. D'ailleurs, on remarque que ces interventions abordent plusieurs problèmes en même temps (réconciliation, problèmes de pauvreté, deuil et traumatisme) dans une période relativement courte. Elles utilisent également des techniques d'exposition (en imagination) sans pour autant tenir compte de leurs contre-indications. Comparativement à d'autres méthodes d'intervention appliquées au Rwanda, la TEN se distingue par sa façon d'aborder le traumatisme, un point important pour le traitement du TSPT (Schnurr et Friedman, 2008; NICE, 2005). De plus, différentes études dans différents milieux ont été réalisées et confirment son efficacité auprès des populations ayant vécu des violences interpersonnelles, comme c'est le cas pour les Rwandais. Ceci constitue aussi un élément du choix de la TEN pour traiter le TSPT au Rwanda. Mais

avant de parler de ces choix, explorons les défis de l'intervention psychologique au Rwanda.

2.2.4 Défis de l'intervention psychologique au Rwanda

Le silence semble l'un des éléments qui ont contribué à la chronicité des troubles post-traumatiques (Gishoma et Brackelaire, 2008; Mujawayo et Belhaddad, 2005). Comme cité précédemment, le silence tire racine dans des situations de cohabitation des victimes et des bourreaux. Des événements vécus, comme le viol, amenaient aussi certains individus à se confiner au silence. Notons que la culture rwandaise fait véhiculer ce silence à travers ses proverbes: « le vécu de la douleur est silencieux et interne » (Crepeau et Bizimana, 1979 dans Gishoma et Brackelaire, 2008; Bagilishya, 2000). C'est le cas par exemple de « *Ubonye ntavuga* »: qui subit un malheur ne parle pas; « *Agahinda ntigashira kavaho nyirako yapfuye* » : le chagrin ne prend pas fin, il s'en va avec la mort de son propriétaire. « *Agahinda k'inkoko kamenywa n'inkike yatoreyemo* »: le chagrin d'une poule est connu par le coin de l'enclos où elle a picoré, pour dire que seuls les intimes peuvent comprendre le chagrin de quelqu'un, car c'est à eux seuls qu'on s'en ouvre; « *Agahinda ntikajya ahabona* » : le chagrin ne s'affiche pas.

D'autres proverbes découragent l'extériorisation des émotions et incitent les individus à la discrétion; « *Agahinda si uguhora urira* » : chagrin n'est pas toujours pleuré ou le chagrin ne s'affiche pas; « *Ubitse mu nda imbwa ntimwiba* » : à celui qui conserve dans son ventre, le chien ne vole pas; « *Akarenze impinga karushya ihamagara* » : ce qui a franchi le sommet de la colline est difficile à rappeler. La parole prononcée ne se retire pas; « *Amarira y'umugabo atemba ajya munda* » : les larmes d'un homme coulent uniquement dans son ventre (contrairement à la femme et à l'enfant); « *Imfura igwa mu nfuruka* » : le noble meurt dans le coin de la maison (sans se faire voir). Selon ce

proverbe, il est préférable de « crever » dans un coin de la maison plutôt que de déroger aux « bonnes manières » (Gishoma et Brackelaire, 2008).

Après le génocide, des professionnels en santé mentale étrangers sont venus au Rwanda dans le but d'apporter une aide psychologique aux Rwandais qui avaient un TSPT. Malheureusement, les Rwandais ayant le traumatisme ne répondaient pas aux critères de diagnostic du TSPT tel qu'il est mentionné du DSM-IV-TR, ce qui constituait un défi pour leur apporter une aide appropriée (Mujawayo et Belhaddad, 2005). Ces problèmes étaient liés d'une part au mode de gestion des problèmes psychologiques des Rwandais. D'autre part, l'utilisation des termes « locaux » pour désigner l'expérience vécue ne facilite pas la compréhension de la situation. C'est par exemple le terme « barambohoje » qu'on traduit littéralement par « ils se sont appropriés de moi » pour dire qu'on l'a violé sexuellement; le terme « gukora » traduit littéralement comme « travailler » pour dire « tuer ». De plus, la croyance pousse certains Rwandais à afficher une méfiance vis-à-vis de l'intervention psychologique parce qu'ils sont convaincus qu'ils sont possédés par les esprits de leurs proches qui sont morts dans des conditions tragiques, ou encore que seul Dieu peut les aider à s'en sortir. Ils préféraient alors consulter les devins, les guérisseurs, les prêtres et les pasteurs (Ndabavunye, 2005). Comme cette croyance n'était pas partagée par tout le monde, certains Rwandais vont consulter et consultent encore aujourd'hui des hôpitaux psychiatriques et des centres d'intervention psychosociale pour y suivre une psychothérapie (Gishoma et Brackelaire, 2008; Mujawayo et Belhaddad, 2005; Munyandamutsa, 2008).

Tenant compte de toutes ces difficultés ci-haut mentionnées et d'un nombre limité d'intervenants professionnels en santé mentale et des lieux d'intervention ad hoc inaccessibles pour certains Rwandais vivant dans le milieu rural, on se demande à quoi pourrait ressembler une intervention qui permettrait d'aider les Rwandais à sortir de leur état traumatique. Quelle est cette intervention pouvant être d'une durée relativement brève, au coût abordable et qui donnerait des résultats efficaces?

Tenant compte des écrits scientifiques relatant les interventions prouvées efficaces pour le TSPT ci-haut mentionné, tant au Rwanda qu'ailleurs dans le monde, en se basant aussi sur l'absence des données empiriques pouvant soutenir et encourager l'utilisation des autres formes d'intervention utilisées au Rwanda, la TEN nous semble être une forme d'intervention pouvant contribuer à la diminution des symptômes du TSPT au Rwanda.

2.3 Le choix de la TEN

La TEN revêt pour nous un intérêt particulier pour diverses raisons :

1. C'est une forme de thérapie brève à faible coût (applicable par les individus qui ne sont pas nécessairement des spécialistes).
2. C'est une intervention utilisée auprès des personnes de cultures différentes démontrant une certaine efficacité.
3. C'est une prise en charge qui montre des avantages au niveau individuel et communautaire. Grâce au récit narratif et à la production d'un document autobiographique, il semble que les Rwandais peuvent parvenir à se libérer du joug de leur passé traumatique, mais aussi à conserver leur vraie histoire, tout en informant les générations futures. En effet, aujourd'hui, l'histoire du Rwanda suscite des controverses. Depuis le génocide de 1994, les manuels d'enseignement de l'histoire du Rwanda ont été supprimés. On leur reproche d'avoir joué un rôle dans la transmission des idéologies qui ont divisé la population rwandaise. C'est dans ce cadre que les manuels scolaires d'histoire ont été suspendus à l'école primaire et secondaire, jusqu'à ce que « *de nouveaux manuels soient réécrits* » (Mineprisec et Minesupres, 1995, cité dans Mutabazi, 2011). Cette situation soulève l'importance de la production d'un récit

autobiographique cohérent. Si les Rwandais avaient pu écrire auparavant et conserver leurs histoires individuelles, nous pensons que cela aurait pu permettre la transmission d'une génération à une autre, d'éviter l'ambiguïté et de conserver l'histoire communautaire à partir des histoires individuelles. Le récit autobiographique cohérent permet non seulement de redonner ou de retrouver un sens aux événements permettant aux individus de se reconstruire, mais aussi de redémarrer leur vie et de se remettre en projet (Rachédi et Vatz Laaroussi, 2004). Quant à Munyandamutsa (2008), il affirme que les personnes ayant un fort potentiel de résilience ont en commun la construction de récits positifs, porteurs de sens. Rivest (2011) souligne que de surmonter les difficultés à la suite d'une épreuve exige un questionnement en profondeur ainsi qu'une véritable volonté de progresser. Pour lui, il est essentiel d'accepter de toucher la douleur vécue lors du traumatisme (de ressentir et d'exprimer ce qui est ou a été vécu), d'accepter le bouleversement et d'y donner un sens. Nous croyons que par le récit narratif, la TEN touche bel et bien ces propos de Rivest.

4. Quelques études réalisées auprès des victimes du génocide de 1994 au Rwanda (Schaal, Elbert et Neuner, 2009; Ndabavunye, 2005; Krieger, 2011) montrent que les participants manifestaient la volonté de s'ouvrir, de discuter de leurs sentiments et de leurs expériences traumatiques passées. Pour la plupart, c'était la première fois qu'ils racontaient leurs histoires traumatiques. Ils affirmaient qu'avant ces études, ils n'avaient jamais parlé de leurs problèmes ou de leurs expériences liés au génocide. Ces études ont donc constitué de belles occasions de parler, car les participants affirmaient que raconter leurs histoires traumatiques leur procurait du bien; la parole libérait leur esprit. Partant de cette expérience, on trouve que l'intervention avec la TEN adaptée à la culture rwandaise peut constituer un espace où les Rwandais pourront parler librement de leur passé traumatique, en présence d'une personne capable de les orienter et les aider tout en favorisant une voie vers la diminution des symptômes post-traumatiques.

5. Il semble que grâce à la psychoéducation, la TEN pourrait permettre aux Rwandais d'avoir une bonne compréhension du TSPT (p. ex. origine, développement et conséquences). Cela pourrait contribuer à la diminution des symptômes post-traumatiques chez les victimes et d'assurer le changement de certains comportements de la personne (isolement et évitement) et de l'entourage, qui sont caractérisés par la méfiance et la stigmatisation. Cela pourrait, à la longue, contribuer à faire renaître un certain sentiment de confiance qu'ont perdu les Rwandais les uns envers les autres, à reconstruire les liens sociaux fondés sur le soutien social et à susciter l'intérêt des Rwandais quant au traitement des symptômes post-traumatiques (Gasibirege, 2005; Gishoma et Brackelaire, 2008).

6. Comme mentionné ci-haut, la TEN a été conçue pour venir en aide aux victimes de violences interpersonnelles présentant une ou plusieurs expériences traumatiques et vivant dans des conditions physiques, morales et matérielles difficiles. Se basant sur les théories psychologiques actuelles (qui touchent le niveau sensoriel, cognitif, physiologique, émotionnel et comportemental) et les traitements du TSPT nécessitant des études approfondies et un diplôme de haut niveau, la TEN a comme mérite d'être utilisée par les intervenants en santé mentale non spécialistes dans la psychothérapie (Shauer, Neuner et Elbert, 2010). Cela constitue un avantage pour le Rwanda, où le nombre des intervenants professionnels en santé mentale est très limité (ARCT-Ruhuka, 2005). Les mécanismes d'intervention de la TEN adaptée pourront donc être enseignés aux Rwandais ayant un niveau moyen de scolarité, ce qui permettra une accessibilité à un grand nombre de Rwandais en besoin.

7. La TEN nécessite, dans certains cas, un interprète venant de la même culture que la personne. Quelquefois, la présence d'un interprète constitue un handicap pour le bon déroulement et l'atteinte des objectifs de l'intervention (Cohen-Émerique, 1993; N'tétu et Fortin, 1995). La TEN adaptée au contexte rwandais pourra être applicable par les Rwandais auprès des Rwandais, ce qui va permettre de contourner les problèmes à la

présence d'un interprète. En plus de tous ces mérites accordés à la TEN qui nous poussent à l'adapter à la culture rwandaise, les propos de Steiker et al. (2008) nous ont inspirés. Ces auteurs affirment que *« les traitements sont plus efficaces lorsque leurs formes et leur contenu reflètent les normes, valeurs et comportement propres à la culture des clients auxquels ils sont destinés »*.

8. Différentes études soutiennent généralement l'efficacité de l'exposition dans le traitement du TSPT (Foa et Meadows, 1997; Bradley et al. 2005). Pour Mollica et al. (1993), cette méthode avait été jugée inefficace lorsqu'il s'agit du TSPT résultant des violences interpersonnelles. Environ 10 ans après la publication de leur étude, Shauer, Neuner et Elbert (2010) créent la TEN et contredisent les propos de Mollica et al. (1993). Ils confirment l'efficacité de l'exposition en cas du TSPT résultant des violences interpersonnelles. Ils ont probablement réussi à prouver son efficacité par le fait que la TEN ne vise pas l'ÉT d'une manière isolée. Elle l'intègre plutôt parmi tant d'autres événements qui ont marqué la vie de l'individu, ce qui n'était pas le cas dans l'étude de Mollica et al. (1993) qui ciblait un ÉT isolé. Cette façon de ne pas chercher à isoler l'ÉT, mais plutôt de l'intégrer parmi tant d'autres expériences de l'individu, a suscité notre intérêt pour l'adaptation de la TEN à la culture rwandaise, avec un espoir de répondre aux besoins psychologiques des Rwandais.

9. Notre choix de la TEN est aussi guidé par quelques études scientifiques faites sur le traitement du TSPT auprès des personnes ayant subi des violences interpersonnelles, comme la guerre et la torture. Ces dernières confirment l'apport de la TEN, aussi bien chez des adultes que chez des enfants et adolescents (KidNET) (Bichescu, Neuner, Shauer et Elbert, 2006; Cloitre, Cohen et Koenen, 2006; Halvorsen et Stenmark, 2010; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara, et Elbert, 2004; Onyut et al., 2004; Onyut et al, 2005; Robjant et Fazel, 2010; Ruf et al., 2010; Schauer et al. 2004; Shauer, Neuner et Elbert, 2010). Les résultats de ces études nous semblent prometteurs. Nous y reviendrons plus tard pour souligner l'efficacité de la TEN auprès des adultes.

Cependant, cet intérêt porté sur la TEN n'exclut en aucun cas l'importance accordée à d'autres types d'interventions psychothérapeutiques qui se sont montrées prometteuses. Nous n'ignorons pas l'importance accordée à la TCC-T et l'EMDR qui sont actuellement deux formes de thérapies retenues pour la TSPT par la NICE (2005), organisme gouvernemental chargé d'établir les guides cliniques officiels d'un système public de santé sur la base de critères d'efficacité clinique et de coût-efficacité.

Par ailleurs, étant donné les énormes pertes humaines et matérielles qu'ont connues la plupart des Rwandais à la suite de la guerre et du génocide de 1994, on pourrait penser que les approches psychothérapeutiques pour le deuil pathologique peuvent contribuer au mieux-être des Rwandais. Nous n'avons pas omis cette possibilité lorsque nous avons choisi la TEN aux autres approches psychothérapeutiques. Il est vrai que les pertes sont énormes et peuvent entraîner une détresse importante. Mais, il est aussi possible que les problèmes de deuil soient aggravés par le développement, le maintien et les conséquences du TSPT. À ce propos, nous croyons que la psychoéducation de la TEN pourra permettre de faire un lien entre la guerre et/ou le génocide, leurs conséquences et les problèmes actuels de l'individu, y compris le deuil. Une bonne compréhension de ce lien pourrait apporter une lumière sur certains problèmes associés à la mort et au manque de rituels funéraires chez les Rwandais.

Cela étant, la TEN se montre pour nous comme une forme d'intervention pouvant bien répondre aux besoins psychologiques des Rwandais en général et des survivants du génocide de 1994 en particulier. Soulignons que l'adaptation de la TEN dans ce mémoire constitue un premier pas. D'autres études approfondies sont souhaitables pour améliorer son contenu et pour évaluer son efficacité auprès des Rwandais.

CHAPITRE III

THÉRAPIE PAR EXPOSITION AUX NARRATIFS

3. 1 Origine, rationnel et philosophie

La thérapie par exposition aux narratifs (TEN) a été développée par Schauer, Neuner et Elbert (2005, 2010) afin de traiter le TSPT résultant des violences organisées, comme la guerre et la torture. Elle s'inscrit dans le cadre des thérapies cognitives et comportementales (TCC) par leurs principes d'exposition et leur volet éducatif (Neuner, Schauer, Roth et Elbert, 2002). La TEN tire également son origine dans la thérapie par témoignage (TT) et par sa méthode de production d'un récit autobiographique (Neuner et al. 2004; Neuner, Schauer, Roth et Elbert, 2002; Robjant et Fazel, 2010; Schauer, Neuner et Elbert, 2010).

La TCC, avec ses stratégies d'exposition in vivo ou en imagination au souvenir du traumatisme, est reconnue pour son action quant à la diminution des symptômes post-traumatiques (Bradley et al. 2005; Foa et Meadows, 1997; Rothbaum et al, 2000). En TCC, l'exposition à la mémoire traumatique est réalisée en demandant à la personne de raconter en détail, et à plusieurs reprises, l'événement traumatique qu'il a vécu. Les personnes sont encouragées à exprimer leurs émotions pendant le rappel. Cette méthode s'est avérée efficace en assurant l'habituation de la réponse émotionnelle qui est conditionnée à des rappels de l'événement traumatique (Neuner, Schauer, Roth et Elbert, 2002). Cependant, le processus d'habituation nécessite plusieurs séances d'exposition en imagination pour faire revivre le traumatisme et réduire la peur associée à l'ÉT (Heilmann et Makestad, 2008; Foa et Kozak, 1986). Pour les victimes des violences interpersonnelles, Forbès et al. (2012) soulignent que ces dernières présentent

un risque élevé d'avoir les symptômes sévères du TSPT, comparativement à celles qui ont vécu un ÉT non interpersonnel. Elles ont souvent été exposées aux violences parfois multiples et pouvant même s'étendre sur plusieurs années. Les auteurs de la TEN sont d'accord avec ces propos. Ils affirment que souvent, les victimes des violences interpersonnelles sont grandement marquées et qu'il est difficile, voire même impossible, d'identifier l'événement le plus stressant en vue de pouvoir traiter le TSPT. Cependant, cela ne constitue en aucun cas un obstacle pour l'exposition (Neuner, Schauer, Roth et Elbert, 2002).

Le TSPT résultant des ÉT multiples reste moins clair dans les écrits scientifiques (Green et al. 2000). Peu d'études ont été menées sur les individus qui ont subi des ÉT multiples dans le contexte de guerre et des violences organisées (Silove, 1999). Les résultats de quelques études réalisées pour traiter le TSPT chez les vétérans de la guerre du Viêt Nam ont été moins favorables (Robjean et Fazel, 2010). Ces auteurs supposent qu'il a été difficile de traiter ces vétérans à cause de la multiplicité des incidents traumatiques survenus dans le contexte de la guerre.

Cela étant, une solution semble possible pour traiter les multiples traumatismes, soit le récit narratif. Le récit narratif prend ses origines dans la thérapie par témoignage (TT; Cienfuegos et Monelli 1983). La TT, développée au Chili, est un traitement des victimes de persécution politique comprenant notamment la mort et la disparition des leurs, la torture, les harcèlements et l'exil. C'est une méthode de traitement à court terme qui a été spécialement développée pour les survivants de la torture et autres violations graves des droits humains. Cette thérapie met le traumatisme au sein du contexte socio-politique et culturel dans lequel il s'est produit (Cienfuegos et Monelli, 1983). Malheureusement, il n'existe pas d'essais publiés comparant cette thérapie avec d'autres formes de traitement axées sur le traumatisme (Robjan et Fazel, 2010). La TT vise la construction d'une analyse détaillée en vue de faire un rapport cohérent de la biographie du survivant, y compris une description explicite des événements traumatisants (Neuner,

Schauer, Roth et Elbert, 2002). Pour ce faire, la TT utilise le récit narratif élaboré suite à l'exposition à l'ÉT. L'individu raconte son histoire et on procède à son enregistrement et transcription dans un document autobiographique cohérent (Cienfuegos et Monelli, 1983; Neuner, Schauer, Roth et Elbert, 2002). Ce document est élaboré par la personne, en collaboration avec un thérapeute, et il est utilisé à des fins documentaires et politiques (Neuner, Schauer, Roth et Elbert, 2002).

Même si la TCC et la TT ont un point commun (d'exposition à l'ÉT), les fins visées par les deux formes d'intervention diffèrent. En TT, l'exposition n'est pas utilisée dans le but d'assurer une habitude ou l'atténuation des symptômes, contribuant à une diminution de l'anxiété associée au traumatisme, comme c'est le cas dans la TCC. Elle vise plutôt la reconstruction des souvenirs autobiographiques brisés à la suite des expériences traumatisantes, en vue de produire un récit narratif cohérent qui sera utilisé à des fins documentaires et politiques. Cependant, cette importance accordée à la structure des souvenirs autobiographiques a été par la suite soulignée dans de nouvelles théories cognitives de TSPT (Ehlers et Clark, 2000).

Cloitre, Cohen et Koenen (2006) font remarquer que l'objectif visé dans le récit narratif est d'assurer une réduction des symptômes du TSPT chez l'individu. Le récit narratif permet à ce dernier de repenser l'ÉT d'une façon structurée et encadrée, afin de l'intégrer comme étant un élément passé de sa vie. En effet, en cas de TSPT, les souvenirs positifs ayant marqué la vie de l'individu semblent ne plus exister. Ce dernier ne vit que le présent, hanté par les peurs associées à l'ÉT qu'il a vécu (Shauer, Neuner et Elbert, 2005). Le récit narratif utilise principalement l'exposition à la structure de peur (Rothbaum et Foa, 1999). En effet, l'exposition répétée et prolongée à toutes situations associées à l'ÉT source de la peur, permet à l'individu de ne plus ressentir la même détresse émotionnelle en présence de situations qui lui rappellent l'ÉT (Ruggerio, Morris et Scotti, 2001). L'individu est exposé aux souvenirs liés à l'ÉT ainsi qu'aux autres indices, internes et externes sources d'anxiété, des symptômes de reviviscences et

d'évitement des stimuli associés à l'ÉT. L'individu doit donc confronter ces stimuli qui lui rappellent l'ÉT et qui tendent à maintenir ses symptômes post-traumatiques. La méthode d'exposition par le récit narratif s'est avérée efficace et adaptée auprès des adultes, des adolescents et des enfants. Elle s'est également avérée efficace pour les populations encore dans un contexte de crise, comme les réfugiés, et pour divers traumatismes, comme les sévices sexuels ou physiques, les violences conjugales, les désastres naturels, les guerres et les maladies (Ruggerio, Morris et Scotti, 2001).

3.2 Objectifs et activités thérapeutiques

Par le récit narratif, la TEN vise deux principaux objectifs à savoir : 1) écrire le récit narratif, en confrontant les peurs associées aux souvenirs traumatiques afin de diminuer ces peurs dans le quotidien de l'individu; et 2) diminuer l'importance des ÉT, à travers l'expérience de la vie globale de l'individu (Cloitre, Cohen et Koenen, 2006). Pour ce faire, la TEN cherche à réaliser quatre activités:

3.2.1 Aider les victimes à transformer des éléments de leur mémoire implicite (procédurale) en mémoire explicite (déclarative)

Par mémoire, on entend une fonction mentale permettant à l'individu d'encoder, de retenir et de récupérer des connaissances ou des informations. La mémoire humaine est un système complexe, sous-tendu par diverses composantes spécialisées pour le traitement de différents types d'informations à court et à long terme (Macoir et Fossard, 2008). Dans le cadre d'intervention avec la TEN, seule la mémoire à long terme nous interpelle. Selon Corcos (2008), la mémoire à long terme comprend deux grandes

catégories. Il y a la mémoire implicite (procédurale) et la mémoire explicite (déclarative).

La mémoire implicite est considérée comme étant responsable des informations inconscientes d'expériences passées, celles qu'on ne peut pas exprimer avec des mots et qui ne font pas l'objet d'un rappel conscient (Macoir et Fossard, 2008). Elle comprend des compétences, des habitudes, des associations émotionnelles et des réponses conditionnées de l'individu. C'est une forme de mémoire qui ne retient pas l'expérience de son origine et elle est fortement liée à la mémoire traumatique (Corcos, 2008; Van der Hart et Steele, 1989). Selon Van der Hart, Steele, Boom et Brown (1993), la mémoire implicite est une conséquence psycho-traumatique des violences les plus graves, se traduisant par des réminiscences intrusives qui envahissent la conscience (*flash-back*, illusions sensorielles, cauchemars) et qui font revivre l'événement traumatique, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions physiologiques, somatiques et psychologiques que celles vécues. Rappelons-nous que ces situations font partie des symptômes du TSPT.

Quant à la mémoire explicite, elle contient des événements vécus (conscients) ainsi que des connaissances sur le monde. Elle est responsable de la mémorisation de toutes ces informations et permet de s'en souvenir d'une façon consciente (Macoir et Fossard, 2008). C'est une mémoire consciente des objets, des gens, des lieux (Fève, 2006). La mémoire explicite réfère aux traces conscientes d'expériences passées. Elle implique la remémoration et le souvenir conscients.

La TEN assure la liaison entre la mémoire implicite et la mémoire explicite, c'est-à-dire qu'elle cherche à faire réapparaître et rendre verbalisable des expériences traumatiques du passé qui semblent être inconscientes pour l'individu et qui perturbent inconsciemment sa vie actuelle. L'individu est appelé à faire face à ses peurs associées à l'ÉT. Une fois ce lien établi, c'est-à-dire une fois que l'individu parvient à se remémorer

et à verbaliser l'ÉT avec tous ses détails possibles, il s'ensuit une habitude des réponses émotionnelles liées à l'ÉT, ce qui conduit à la diminution des symptômes du TSPT (Schauer, Neuner et Elbert, 2005; Schauer, Neuner et Elbert, 2010; Neuner, Schauer, Roth et Elbert, 2002). Le lien entre la mémoire implicite et explicite se réalise à travers une ligne de vie.

3.2.2 Accompagner l'individu dans la construction d'une ligne de vie

Comme mentionné plus haut, la plupart des victimes de violences organisées présentent plus d'un ÉT. Il n'est donc pas facile pour un intervenant de savoir l'ÉT le plus important de la part de la victime. Au lieu de cibler ou d'isoler un seul ÉT, dans la TEN, on demande à la victime de raconter son histoire de vie (y compris des expériences positives comme la naissance, le mariage et des expériences négatives comme la mort et la guerre). L'histoire commence à partir de la naissance jusqu'au moment présent, en mettant l'emphasis sur les détails des expériences traumatiques (Schauer, Neuner et Elbert, 2010). Bref, faire une ligne de vie permet d'aboutir au récit narratif cohérent d'une vie.

3.2.3 Établir un récit autobiographique cohérent

Le traumatisme lié à la violence organisée laisse une personne perplexe, incapable de faire consciemment le recueil du passé. En cas de TSPT, l'individu n'a pas de parole pour raconter ce qu'il a vécu. Il est affecté dans tous les domaines de sa vie physique, mentale et sociale. Il n'arrive pas à comprendre ce qui lui est arrivé et il est incapable de dire l'horreur qu'il a vécue. La souffrance et le silence prédominent, puisque la mémoire n'arrive pas à bien traiter l'information liée à l'ÉT. Ces informations stockées

d'une manière « brute » dans la mémoire surgissent sous forme de reviviscences à la suite de toutes sortes de situations qui rappellent l'ÉT à l'individu. Ce dernier éprouve ainsi une grande souffrance, y compris une peur intense associée à l'ÉT et adopte de nouveaux comportements pour s'en sortir, tel l'évitement de ces situations (APA, 2000; Schauer, Neuner et Elbert, 2010). Par la TEN, l'intervenant amène l'individu à approfondir son récit afin de le rendre cohérent, intégré et précis. À la suite d'exposition au récit, les différentes sensations physiques et émotionnelles associées à l'ÉT se modifieront et ne seront plus aussi bouleversantes qu'elles ne l'étaient avant l'intervention. L'individu apprendra donc à tolérer ses émotions et à les interpréter autrement. Cette nouvelle perception des souvenirs traumatiques permet à l'individu de modifier sa relation avec les souvenirs du passé et de développer un sentiment de contrôle sur l'apparition de ces derniers. L'individu commence donc à vivre autrement, il devient capable d'établir l'ampleur que pourront prendre ses souvenirs, ce qui diffère de la situation dans laquelle il vivait jusqu'à maintenant; il subissait l'arrivée incontrôlable et bouleversante des symptômes traumatiques. Également, le fait de construire une histoire basée sur la ligne de vie amène l'individu à y inclure son passé (positif et négatif), à promouvoir le présent et à imaginer un futur. C'est donc une occasion pour lui de rediriger son attention sur d'autres événements que sur les expériences difficiles qu'il a vécues et de prendre conscience de sa vie actuelle, plutôt que de revivre constamment le passé traumatique.

3.2.4 Produire un document autobiographique

Le récit narratif de l'individu est enregistré et transcrit dans un document autobiographique. Cette étape se réalise tout au long de l'intervention. À la fin, ce document est signé par l'individu, l'intervenant ainsi que l'interprète, s'il a participé. Le

document est remis à l'individu et l'intervenant peut en garder une copie si l'individu y consent.

3.3 Mécanismes thérapeutiques et considérations éthiques

Le traitement des symptômes du TSPT demande non seulement une grande confiance de l'individu envers l'intervenant, mais aussi du courage pour affronter les souvenirs traumatiques. Revivre un ÉT est une expérience difficile en soi et il n'est pas facile de demander à l'individu de se souvenir des moindres détails de son histoire traumatique. Les individus ayant un TSPT constituent une population vulnérable, puisqu'ils sont souvent atteints émotionnellement. Le fait de devoir se replonger dans des souvenirs traumatiques peut donc générer des réponses émotionnelles dérangeantes et anxiogènes pour eux. Ainsi, l'intervenant et l'individu se retrouvent dans une situation délicate, où l'intervenant peut avoir peur de faire revivre l'horreur et la douleur à l'individu. Beaucoup d'inconfort peut s'installer, mais une fois ce travail réalisé, il permet d'aboutir à des résultats satisfaisants quant à la diminution des symptômes post-traumatiques (Heilmann et Makestad, 2008).

Pour surmonter ces problèmes, l'alliance thérapeutique doit être solide et les objectifs doivent être clairement définis. Il est aussi important de bien informer l'individu sur le déroulement, la fonction et le résultat attendu par la TEN. Le fait de donner un espace à l'individu pour s'exprimer librement et de façon encadrée peut, en soi, lui faire du bien. Même si l'individu ne peut rien changer de l'ÉT qu'il a vécu, il peut quand même modifier sa façon de le percevoir et développer un sentiment de contrôle sur les souvenirs douloureux (Cloitre, Cohen et Koenen, 2006).

Pour assurer un bon déroulement de l'intervention et l'atteinte des objectifs, Schauer, Neuner et Elbert (2010) présentent des éléments importants à considérer lors des

rencontres thérapeutiques. Premièrement, le rôle principal de l'intervenant est de faciliter et guider l'individu dans son processus de remémoration et production d'un récit autobiographique cohérent. À cette étape, l'intervenant maintient un climat de confiance, d'empathie et de non-jugement. Il n'interprète pas les propos de l'individu, il ne fait que les accepter tels quels et doit utiliser des mots et des expressions de l'individu. L'intervenant ne juge pas, il ne conteste pas les propos de l'individu. Il fait attention à ses gestes, ses commentaires, ses expressions faciales puisqu'ils peuvent être un signe d'approbation ou de désapprobation. L'intervenant cherche à comprendre le récit de l'individu, sinon, ce dernier peut se sentir seul et sans soutien. En cas de confusion, l'intervenant demande des éclaircissements. Si l'individu n'arrive pas à continuer son histoire, l'intervenant l'encourage, tout en respectant son rythme de narration sur la ligne de vie.

Deuxièmement, l'intervenant ne fait rien pouvant contrecarrer le récit ; il évite de parler de lui-même ou de manifester des émotions et des sensations en rapport avec le récit. En cas d'inconfort chez l'intervenant, il lui est recommandé de faire une supervision avec des collègues. Les interventions visent également la voie prévisible et l'intégrité. Cela comprend, entre autres, une bonne psychoéducation de ce que c'est la TEN et son déroulement. L'intervenant respecte les limites de l'individu, ne fait rien contre son gré, y compris respecter sa décision de ne pas continuer son récit. Dans ces circonstances, l'intervenant informe l'individu des conséquences pouvant surgir à la suite de cet arrêt du récit. Ces conséquences sont notamment le fait qu'ils ne pourront pas travailler à tous les ÉT qu'il a vécus.

Troisièmement, l'intervenant prend ses responsabilités sans vouloir dominer. Il agit dans les intérêts de l'individu et non pour ses propres intérêts. Il travaille comme un secrétaire personnel de l'individu, il enregistre la séance, maintient le programme à jour et rappelle les étapes à suivre. Cette position de l'intervenant permet à l'individu de

prêter toute son attention sur son récit. L'intervenant s'assure que l'intervention se déroule dans un lieu approprié, confortable et dans un moment propice.

Quatrièmement, l'intervenant assure la fidélité et la confidentialité. Le participant doit être sûr que les informations fournies seront traitées d'une manière confidentielle et que tout ce qui a été enregistré ou noté sera uniquement utilisé pour la production d'un document autobiographique. À la fin de la thérapie, c'est l'individu qui décide avec qui le document sera partagé. Lors des rencontres, l'intervenant souligne les responsabilités de l'individu. Ce dernier est invité à coopérer et l'intervenant à guider l'individu à se raconter. En cas de recours à un interprète, l'intervenant est responsable de ce dernier. L'interprète sera bien formé et régi par le même contrat que l'intervenant et l'individu. Dans la plupart des cas, les interprètes proviennent du même groupe d'appartenance que l'individu. Il est de la responsabilité de l'intervenant d'assurer la supervision et le support professionnel de l'interprète. Un interprète qui manifeste des symptômes de stress post-traumatique n'est pas retenu.

Enfin, l'intervenant doit aussi prendre en considération les points suivants : a) ne pas mettre fin à la session une fois l'individu engagé dans le processus émotionnel (lorsque l'individu revit la peur et l'anxiété); b) rester avec l'individu tout au long du récit traumatique, et ce, jusqu'à ce que l'intensité émotionnelle diminue; c) aider l'individu à ne pas retourner et rester trop longtemps dans le passé durant le récit; et d) ne pas mettre fin à la session durant le moment d'exposition à l'ÉT. Durant l'intervention, l'intervenant s'assure qu'il aide l'individu à revivre l'ÉT mentalement et émotionnellement. Il veille à ce que l'individu ait donné chronologiquement les éléments fragmentés de son récit autobiographique. L'intervenant transcrit le témoignage de l'individu, le lui relit à chaque séance et lui demande de faire les corrections et modifications. À la fin de l'intervention, l'individu, l'intervenant et l'interprète (s'il y a lieu) signent le document (Schauer, Neuner et Elbert, 2010).

3.4 Population cible

La TEN est applicable à des personnes ayant vécu des violences interpersonnelles, présentant des traumatismes multiples et parfois, répétitifs et de longue durée (Robjean et Fazel, 2010; McPherson, 2011). Elle est utilisée chez les adultes, les adolescents, les enfants, les hommes et les femmes de cultures différentes (Cloitre, Cohen et Koenen, 2006).

3.5 Indications et contre-indications

Au départ, la TEN a été développée pour une population de réfugiés de la guerre. Le but était de faire diminuer les symptômes du TSPT, dans une intervention rapide et efficace (Schauer, Neuner et Elbert, 2005). Plus tard, cette forme de thérapie s'est avérée tout indiquée pour les prisonniers politiques et les demandeurs d'asile de différentes cultures (Onyut et al., 2005). Il existe actuellement plusieurs formes de traitements qui incluent l'exposition par le récit narratif. La TEN a comme mérite d'être applicable à des personnes présentant plusieurs traumatismes, parfois répétitifs et de longue durée, ce qui n'est pas le cas pour les autres formes d'intervention pour le TSPT. Cloitre, Cohen et Koenen (2006) font constater que la TEN est adaptée pour divers traumatismes, comme les sévices sexuels, les sévices physiques, la violence conjugale, les désastres naturels, le contexte de guerre, les maladies, les accidents et les situations politiques instables.

La TEN n'est pas recommandée pour les femmes enceintes, les individus qui ont des troubles mentaux sévères (psychose, schizophrénie, dissociation, automutilation et comportements suicidaires) et pour certaines maladies physiques (migraines, troubles du système nerveux central, trouble cardiaque). Ces contre-indications proviennent du fait que la TEN fait revivre les souvenirs pénibles, ce qui peut entraîner des réactions intenses et des conséquences hors de contrôle (Heilmann et Makestad, 2008; Schauer, Neuner et Elbert, 2010).

3.6 Limites

Certaines limites sont associées à la TEN. D'abord, l'individu doit avoir une capacité suffisante de communiquer verbalement et une capacité raconter sa vie. Toute personne n'ayant pas cette capacité et étant mineur est exclue du traitement (Schauer, Neuner et Elbert, 2005). Ensuite, la TEN est entravée, comme toutes les autres thérapies, lorsqu'il n'y a pas de motivation. Elle peut être compromise par la peur de raconter son histoire ou par la pression des pairs à cacher les symptômes et à ne pas aller chercher de l'aide. Puis, le désespoir lié aux symptômes peut aussi être une source d'entrave. Aussi, l'abus des substances constitue une limite pour la TEN. En effet, il peut affecter la conscience et diminuer la capacité intellectuelle de l'individu. Enfin, les sensations de culpabilité peuvent aussi limiter la TEN, mais ne constituent pas en soi un facteur d'exclusion.

Actuellement, il existe très peu d'informations sur les interventions pour les populations en état de crise et qui sont forcées de rester dans de mauvaises conditions même après l'ÉT (Heilmann et Makestad, 2008). Des conditions non sécuritaires peuvent compliquer le traitement et engendrer un moins bon pronostic. La TEN a été créée pour aider ces populations en permettant une intervention rapide, efficace et accessible. Par contre, l'efficacité de la TEN reste à étudier de façon approfondie, pour permettre une meilleure adaptation à une population avec des besoins particuliers. En effet, des résultats disponibles sur l'efficacité de la TEN proviennent des études réalisées par les auteurs même de la TEN.

3.7 Études d'efficacité

Des études sur l'intervention avec la TEN ont été menées en Ouganda, au Rwanda, en Allemagne, en Roumanie et en Norvège. Elles présentent des résultats probants de la TEN quant à la diminution des symptômes du TSPT, la réduction d'autres symptômes de troubles comorbides et le faible taux d'abandon dans les groupes qui ont reçu l'intervention avec la TEN, comparativement à d'autres types d'intervention utilisés.

En 2004, Neuner et ses collègues comparaient l'efficacité de la TEN, la psychoéducation (PED) et le soutien counseling (SC). Au total 43 participants (réfugiés soudanais en Ouganda) ont été assignés aléatoirement dans ces groupes. Quatre séances ont été faites auprès des membres des groupes TEN (n=17) et SC (n=14). Une seule séance a été donnée auprès des participants du groupe PED (n=12). Un an plus tard, on observe une diminution significative de symptômes du TSPT dans le groupe TEN (71,4 %) comparativement aux groupes SC (21,4 %) et PED (20 %). Bien que certains participants du groupe TEN (28,6 %) présentaient des symptômes du TSPT un an après le traitement, les résultats semblent prometteurs quant à l'efficacité de la TEN auprès des populations ayant vécu de multiples ÉTs et qui vivent dans des conditions de vie difficiles comme dans les camps de réfugiés.

En 2008, Neuner et son équipe ont mené une étude randomisée et contrôlée auprès de 277 réfugiés rwandais et somaliens vivant en Ouganda. Le but était de déterminer si la TEN pouvait être administrée avec succès par des intervenants locaux formés sur place. Neuf intervenants ont suivi une formation en intervention pendant six semaines et devaient intervenir dans les groupes de traitement. Les participants, préalablement diagnostiqués TSPT, ont été assignés aléatoirement dans trois groupes. Le premier a reçu l'intervention avec la TEN (n=111), le second du counseling sur le trauma (CT, n=111) et enfin, le groupe témoin n'a reçu aucune intervention (n=55). Six séances ont

été données aux groupes TEN et CT. À la fin de l'intervention, on a observé une réduction des symptômes de TSPT dans le groupe TEN (69,8 %) et dans le groupe CT (65,2 %) tandis que dans le troisième groupe, la diminution des symptômes s'élève à 36,8 %. Le taux d'abandon est élevé dans le groupe CT (21 %) comparativement au groupe TEN (4 %). Dans les deux formes d'intervention, on a observé une réduction significative de certains symptômes physiques (la toux, la diarrhée et la fièvre) à la suite de l'intervention et le groupe d'intervention avec la TEN s'est distingué à la suite d'une réduction des symptômes dépressifs chez les participants. On observe également que les deux groupes de traitement se sont statistiquement distingués du groupe témoin qui n'a reçu aucun traitement. Partant de ces résultats, Neuner et ses collègues formulent l'hypothèse selon laquelle la production d'un document autobiographique s'avère très pertinent en intervention.

Une autre étude effectuée en Roumanie (n=18), auprès des personnes âgées victimes de détention politique et de torture compare l'intervention de la TEN à la psychoéducation (PED) (Bichescu et al. 2007). Six mois après l'intervention, on observait une diminution significative des symptômes post-traumatiques et dépressifs pour le groupe TEN, ce qui n'était pas le cas pour le groupe PED. En fait, quatre personnes sur neuf dans le groupe TEN répondaient encore aux critères diagnostiques du TSPT tandis que dans le groupe PED, huit personnes sur neuf répondaient encore aux critères diagnostiques du TSPT.

Schaal et al. (2009) ont fait une étude randomisée et contrôlée auprès des orphelins rwandais âgés de 14 à 28 ans. Le but de l'étude était d'évaluer l'efficacité de la TEN et la IPT (thérapie interpersonnelle). Les participants ont été assignés aléatoirement dans deux groupes. Le groupe TEN (n=12) et le groupe IPT (n=14). Les deux groupes reçoivent quatre séances de traitement. Le groupe TEN a reçu trois séances individuelles et une séance de groupe de deuil guidé. Le groupe IPT a reçu quatre séances de groupe. De façon générale, une réduction significative des symptômes de TSPT a été remarquée dans le groupe ayant reçu la TEN (75 %), comparativement à

l'intervention avec l'IPT (29 %). Une réduction des symptômes dépressifs a aussi été observée dans le groupe avec la TEN. Les auteurs concluent que la TEN individuelle, en association avec les séances de groupe de deuil, constitue un traitement efficace pour les personnes présentant des symptômes post-traumatiques et dépressifs. Ils émettent également l'hypothèse que l'IPT aurait pu être plus efficace si le traitement s'était échelonné sur plusieurs séances.

En 2010, Neuner et ses collègues effectuent une étude en Allemagne auprès de 32 demandeurs d'asile. Deux groupes ont été formés avec 16 personnes chacun. Le premier bénéficie de l'intervention avec la TEN et le deuxième bénéficie du traitement habituel (Treatment As Usual, TAU). Les résultats montrent une diminution significative des symptômes de TSPT dans le groupe TEN. Quant aux symptômes de dépression, aucune diminution n'a été observée dans les deux groupes.

Au cours de la même année, Halvorsen et Stenmark (2010) mènent une étude en Norvège auprès des réfugiés et des demandeurs d'asile survivants de torture. Le but était d'évaluer l'efficacité de la TEN auprès de réfugiés adultes ayant subi de la torture. C'était une étude pré-expérimentale non contrôlée de type avant et après traitement. Ils appliquent la TEN auprès de 16 personnes provenant de différents pays et ayant le TSPT. Les participants ont reçu 10 séances d'intervention et l'on observe une réduction significative des symptômes du TSPT. Plus de 60 % des participants sont considérés avoir démontré des gains cliniquement significatifs entre le pré-test et le post test. Au moment du post test, entre 40 % et 65 % des participants ne répondaient plus aux critères diagnostiques du TSPT. Seulement trois participants répondaient encore aux critères diagnostiques du TSPT et l'un d'entre eux avait connu une augmentation des symptômes tout au long de l'étude. Halvorsen et Stenmark, (2010) estiment que le nombre de séances ainsi que la durée de traitement attribué à l'étude n'étaient pas assez suffisant pour les participants qui n'étaient pas encore bien adaptés dans le pays d'accueil, ce qui pourrait justifier les résultats de leur étude. De plus, ils pensent que les

participants ont reçu moins de séances d'exposition en imagination tel que prévu dans la TEN. Malgré la persistance et l'augmentation des symptômes chez l'un des participants, les résultats de l'étude se sont montrés encourageants en général. Halvorsen et Stenmark (2010) suggèrent que la TEN puisse être bénéfique dans le traitement du TSPT chez certains réfugiés qui ont subi de la torture. Une diminution des symptômes de dépression a aussi été constatée.

L'efficacité de la TEN a également été prouvée chez des individus ayant des symptômes du TSPT sévères telles les difficultés au niveau du fonctionnement social et des pertes de conscience. En effet, Neuner et al. (2002) ont fait l'intervention de TEN auprès d'une femme macédonienne qui présentait de tels symptômes. Après trois rencontres de TEN dans cinq jours, cette dernière rapportait une réduction de symptômes de TSPT. On se rend compte aussi que la sévérité des symptômes n'a pas constitué un handicap quant au bon déroulement de l'intervention et à la capacité de cette femme de suivre le traitement.

Bischescu et son équipe (2007) et Heilmann et Makestad (2008) ont constaté que le taux d'abandon est moins élevé dans le « Narrative Story Telling » (NST) que dans d'autres formes de traitement pour le TSPT. Cette situation pourrait être due à la courte durée de l'intervention et au fait que l'accent est mis sur le vécu particulier de l'individu, ce qui le maintient motivé et l'amène à terminer son traitement.

Dossa et Hatem (2011) comparent les résultats des essais cliniques réalisés sur la cognitive-processing therapy (CPT), la CPT adaptée à la culture des participants et la TEN. Ces chercheurs ont constaté que la CPT et la CPT adaptée semblent entraîner la réduction de la sévérité du TSPT plus que la TEN. Les chercheurs croient que cette différence pourrait être due au fait que la CPT et la CPT adaptée sont plus appropriées au besoin des participants. En effet, la CPT et la CPT adaptée ont été menées par des

personnes familières à la culture des participants et dans leur langue maternelle. Cela n'était pas le cas pour la TEN.

La différence peut aussi résulter de la variation dans la population d'étude observée dans la TEN, comparativement à d'autres formes de traitement. En effet, la TEN a été menée en Ouganda, Allemagne et Roumanie avec différents paramètres. Quant à la CPT adaptée culturellement, elle a été réalisée par un groupe de chercheurs du Massachusetts auprès des réfugiés Cambodgiens et Vietnamiens. Ces derniers avaient reçu un traitement pharmacologique pendant environ un an, mais ils présentaient encore des symptômes du TSPT. Ils vivaient dans leur pays et les situations économiques et politiques étaient plus ou moins stables. Il se peut que les participants qui vivent dans des pays affectés par la guerre et les conflits soient moins enclins à bénéficier pleinement du succès de la psychothérapie, même quand ils en ont besoin. Par exemple, la TEN administrée en Roumanie semble avoir été plus efficace que celle menée dans d'autres pays. Les auteurs ont associé cette situation au fait qu'en Roumanie, le régime communiste n'y est plus et que la population semble vivre dans un environnement pacifique, ce qui n'est pas le cas pour les réfugiés vivant dans des camps en Ouganda (manque de logement, absence de services en santé, etc.). Cette hypothèse pourrait être soutenue en faisant une comparaison entre des essais ci-haut mentionnés réalisés par Bischescu et al. (2007), Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara et Elbert (2004) et Neuner, Onyut, Odenwald, Schauer et Elbert (2008).

En deuxième lieu, l'analyse comparait la TEN et la CPT adaptées culturellement quant à la diminution de la sévérité des symptômes dépressifs. La CPT adaptée culturellement s'est montrée plus efficace quant à la diminution de la sévérité des symptômes dépressifs. Dossa et Hatem (2011) avancent la même hypothèse que précédemment, c'est-à-dire l'hétérogénéité des essais analysés dans cette étude. Comme mentionné plus haut, les trois essais sur la CPT adaptée ont été menés par des thérapeutes qui ont une même expérience traumatique que les participants (le génocide cambodgien) et parlant

la même langue, ce qui n'est pas le cas dans le cadre de la TEN. D'autres hypothèses pour expliquer les résultats défavorables de la TEN peuvent être associées à une grande hétérogénéité observée dans les essais analysés, tels que des instruments de mesure différents pour mesurer le TSPT, la variabilité dans la durée des sessions, le recours ou non à l'interprète ou les participants de différentes origines.

Cependant, Dossa et Hatem (2011) soulignent que l'efficacité de la CPT et CPT adaptées dans cette étude ne peut pas être généralisée à la suite de la petite taille de l'échantillon, ainsi que les résultats qui sont issus des études réalisées uniquement dans trois pays (Bosnie pour la CPT et au Viêt Nam et Cambodge pour la CPT adaptée culturellement). Les résultats de cette étude soulignent la nécessité de prendre en considération la culture lors de la conception des programmes d'intervention auprès des personnes ayant le TSPT, mais aussi pour les réfugiés provenant des pays non occidentaux. Cela est dû aux résultats significatifs obtenus grâce à la CPT adaptée culturellement quant à la diminution de la sévérité des symptômes du TSPT et de la dépression.

En comparaison avec la CPT, ce mémoire montre que la TEN est une méthode de traitement contemporaine et plus étudiée que la CPT. En effet, six essais sur neuf montrent l'efficacité de la TEN vis-à-vis d'autres méthodes de traitement. La TEN semble aussi être la méthode la plus adaptée pour les populations ciblées par cette étude, puisqu'elle a été conçue uniquement pour répondre à leurs besoins (Robjant et Fazel, 2010; McPherson, 2011).

Même si les résultats sur l'efficacité de la TEN sont inférieurs à ceux de la CPT ou la CPT adaptée, cette recension a également confirmé que la TEN peut contribuer non seulement à la diminution des symptômes du TSPT, mais aussi aux symptômes dépressifs. Aussi, par le fait que la TEN a été appliquée avec succès auprès des populations de différentes origines (Roumanie, Somalie, Soudan, Turquie, Balkans et

Ouganda), il est plus facile de généraliser ces résultats comparativement à la CPT ou CPT adaptée. Comme conclusion, Dossa et Hatem (2011) affirment que ces trois formes d'intervention peuvent contribuer d'une façon significative dans la réduction de la sévérité du TSPT.

Bref, l'intervention TEN pour le traitement du TSPT a été faite pour la première fois auprès des réfugiés, victimes de violences organisées comme la guerre, et semble efficace pour diminuer les symptômes du TSPT. Schauer, Neuner et Elbert (2005) soulignent qu'il y a peu d'études portant sur ce groupe de personnes alors qu'ils semblent vivre plusieurs situations traumatisantes (l'insécurité, la pauvreté, la malnutrition). Étant donné le nombre élevé des personnes en besoin d'intervention psychologique, et les moyens financiers limités auprès des réfugiés et enfin le nombre limité des intervenants en santé mentale aux camps de réfugiés, la TEN a été conçue comme étant une forme d'intervention brève, accessible pour un grand nombre de personnes, à faible coût et facile à apprendre par le personnel local. La TEN a un double avantage : individuel et social. Au niveau individuel, la TEN assure une diminution des symptômes du TSPT et certains troubles associés. Du côté social, la TEN permet de documenter la violation des droits de l'homme, afin de combattre la torture et la persécution, ce qui conduit à une aide sociétale.

3.8 Application

La TEN consiste à collectionner et intégrer des informations (sensorielle, émotionnelle et cognitive) fragmentées de l'ÉT. Selon Schauer, Neuner et Elbert (2010), les premières rencontres comprennent l'évaluation et la psychoéducation. Les sessions suivantes portent sur le récit de l'individu à l'aide d'une ligne de vie. La troisième partie consiste à relire le récit déjà rédigé, en mettant l'emphasis sur les ÉT identifiés. L'individu va y apporter des modifications et des corrections au besoin. La dernière

partie de l'intervention consiste à relire tout le document contenant l'histoire complète de l'individu et le signer. Le nombre de séances varie d'une personne à l'autre et dépend en partie de la sévérité du TSPT. Pour le traitement des survivants de la torture, le nombre de séances se situait entre 8 et 12. Des séances supplémentaires peuvent avoir lieu au besoin.

3.8.1 Évaluation et psychoéducation

Comme les autres interventions psychothérapeutiques, la TEN commence par une introduction. Cette partie comprend la présentation de l'intervenant (nom, profession) et ses intérêts (le but ou la mission de son engagement et le pourquoi des rencontres). Elle comprend également des aspects éthiques (procédures de travail, question de confidentialité). L'individu peut poser des questions afin de clarifier la situation.

Vient ensuite l'évaluation. La phase d'évaluation comprend le recueil des données sociodémographiques et de l'histoire médicale et psychiatrique. L'entrevue et des instruments de mesure sont retenus comme méthodes. Quant à la psychoéducation, elle consiste à expliquer à l'individu son état de santé psychologique actuel et le TSPT. La psychoéducation insiste spécifiquement sur *la normalisation* de la situation (le TSPT est une réaction normale à la suite d'un ÉT vécu). Elle porte aussi sur la *légitimisation* des problèmes actuels de l'individu. Ce dernier est invité à se rappeler que c'est «normal» d'avoir des perturbations de sommeil, de manquer de concentration, de trembler et d'avoir le cœur qui bat très fort lors de souvenirs liés à l'ÉT. La psychoéducation met aussi l'emphasis sur *l'explication des symptômes*. L'intervenant explique l'origine, le développement et les conséquences des symptômes de l'individu à l'aide d'un modèle explicatif du TSPT. Il importe d'informer l'individu que ces symptômes peuvent réapparaître lors du traitement, à la suite de l'évocation d'un ÉT. L'intervenant doit rappeler à l'individu sa responsabilité de participer activement pour assurer la

diminution de ses symptômes. L'intervenant explique à l'individu le lien qui existe entre son comportement d'évitement et les stratégies d'intervention qui seront utilisées (l'exposition à l'ÉT par le récit narratif). L'intervenant peut montrer comment l'évocation des expériences traumatiques peut le pousser à omettre certains éléments de son récit. Il explique alors les conséquences de cet évitement cognitif et leur lien avec la diminution des symptômes. L'intervenant rappelle à l'individu que l'intervention est limitée dans le temps et l'avise des changements probables à la suite de l'intervention. Ces changements peuvent être personnels (diminution de la peur, de l'anxiété, etc.) ou interpersonnels (ouverture envers les autres, questionnements sur son nouveau comportement de la part des membres de sa famille, des amis ou des voisins).

3.8.2 Récit autobiographique et exposition

Cette partie commence par la préparation de l'individu au récit autobiographique. Il s'agit d'une brève explication du déroulement de l'intervention et du rappel à l'individu de son rôle actif. L'individu peut poser des questions, ce qui peut informer le thérapeute sur le comportement d'évitement qu'il pourrait avoir. Ce moment de l'intervention aide à construire une alliance solide.

Le récit commence par l'histoire développementale et familiale (p. ex. sa croissance, sa relation avec ses parents, frères et sœurs, la personne qui jouait un rôle important dans sa vie). Il est à noter que pour la plupart des individus ayant été exposés à un ÉT, la mémoire des événements positifs semble ne plus exister, laissant la place à la mémoire de l'ÉT. On continue l'histoire par d'autres expériences (bonnes et mauvaises) jusqu'au moment présent et l'ensemble de toutes ces informations constitue ce que Schauer, Neuner et Elbert (2010) appellent « une ligne de vie ». Ce moment permet à l'intervenant de se familiariser avec les expressions et les caractéristiques personnelles de l'individu. Ça lui permet aussi de structurer les thèmes principaux de la vie de

l'individu. L'individu est encouragé à raconter son histoire traumatique en détail. Durant la session, l'intervenant enregistre le récit qui sera transcrit et lu à l'individu pour les corrections et modifications. Le temps exigé par cette étape dépend du nombre de sessions assignées pour le traitement, du nombre d'ÉT vécus par l'individu, et du moment où le premier ÉT est apparu. Si, par exemple, le premier ÉT est apparu pendant l'enfance, on va passer moins de temps pour la période d'avant l'ÉT et consacrer plus de temps au récit qui entoure l'ÉT (Schauer, Neuner et Elbert 2010).

L'intervention se poursuit avec *l'exposition à l'ÉT*. Comme le récit de l'individu est un enchaînement continu de l'histoire de la vie, l'intervenant doit savoir distinguer le moment de la survenue de l'ÉT parmi tant de choses que l'individu lui raconte. Il peut se servir des informations recueillies lors de la phase d'évaluation et analyser la façon dont l'individu en parle. En effet, la façon de parler peut changer selon qu'on pose des questions en rapport avec des situations difficiles vécues. Le récit peut être fragmenté, incohérent et difficilement compréhensible. L'individu commence à fournir des informations très vagues, ce qui peut renseigner notamment sur les stratégies d'évitement.

L'observation peut aussi permettre d'identifier l'ÉT durant le récit. L'individu peut, par exemple, devenir nerveux ou éprouver beaucoup d'émotions, ce qui peut entraîner l'interruption du récit. Il peut aussi paraître mentalement absent et commencer à fournir des propos ou des commentaires généraux dans le but de parler d'autre chose que de son histoire. L'intervenant peut se servir des questions ouvertes sur la situation pour que l'individu revienne à l'objectif de l'intervention.

L'intervenant fait *l'évaluation du contexte de l'ÉT*. Cette étape consiste à clarifier la période qui entoure l'ÉT. Cela permet à l'individu de donner tous les détails possibles de l'ÉT. Avec les questions de l'intervenant, on essaie d'identifier des éléments spécifiques de l'ÉT, par exemple, le temps et le cadre de l'ÉT (période de l'année, le

temps de la journée), le lieu où l'ÉT s'est déroulé, ce que l'individu faisait et avec qui il était. L'individu doit souligner des éléments marquants de l'ÉT.

Durant tout ce processus, il est important d'aller lentement. Des individus ont tendance à raconter leur histoire très rapidement, en vue d'en finir le plus vite possible. C'est le rôle de l'intervenant de demander à l'individu d'y aller lentement pour qu'il puisse explorer toutes les facettes de la situation. Il faut poser des questions qui permettront à l'individu de donner tous les détails et l'aider à faire la description de toutes les informations sensorielles qu'il a éprouvées durant l'ÉT. L'intervenant doit aussi renforcer la réalité du récit et prévenir l'évitement, la dissociation et les flashbacks. Il doit aussi s'assurer que l'individu reste conscient de lui-même, sans toutefois être submergé et se laisser entraîner par le passé traumatique.

Le récit et la mémoire vive. Cette étape consiste à connecter la mémoire implicite (des sensations, des pensées) aux séquences correspondantes dans le récit autobiographique. Il doit mettre ensemble toutes les parties ou les fragments de la mémoire implicite dans des mots, afin de tendre vers la mémoire déclarative. L'élément essentiel dans cette opération est de maintenir un ordre chronologique du récit de l'individu. L'intervenant doit savoir interagir entre le moment présent et le passé, puisque l'individu raconte le passé, mais la sensation de peur qu'il éprouve est dans le présent. L'intervenant doit activer la structure de peur par des questions directes sur l'événement traumatique. Ces questions doivent être au passé ou au présent selon que l'individu éprouve des émotions comme dans le passé ou dans le présent. Si par exemple l'individu dit qu'il éprouve de la douleur (moment présent), l'intervenant peut lui demander si cette douleur est la même que celle qu'il a éprouvée lors de l'ÉT (moment passé).

Une autre façon d'activer et de gérer la peur consiste à faire le « *feedback* » de l'observation. En effet, certains éléments de la mémoire vive peuvent s'exprimer par des réactions physiologiques ou comportementales (pleurs, transpirations, interruption du

récit). L'intervenant peut dire à l'individu qu'il voit ses mains qui tremblent ou qu'il voit des larmes dans ses yeux. Ces procédures de travail sur la mémoire vive et sur la recherche de mise en mots, conduit au processus d'habituatation, objectif central de la TEN. Cette dernière favorise la diminution des sensations émotionnelles et conduit à la diminution des symptômes du TSPT.

Le récit et l'habituatation. L'intervenant répète plusieurs fois chaque séquence du « film » et à chaque fois, demande à l'individu la séquence suivante. Cela permet à l'individu de faire un récit détaillé. Au fur et à mesure que l'individu s'habitue à raconter, le thérapeute essaie de faire des résumés de ce qui a été dit. Il doit utiliser les mots ainsi que les expressions exactes de la personne. Il est à souligner que le récit peut être interrompu suite aux sensations fortes que l'individu peut éprouver. Ces sensations peuvent entraîner des réactions somatiques et sensorielles (pleurs, tremblements et transpiration) qui connectent l'individu au passé. L'intervenant tente alors de ramener l'individu au moment présent et s'assure qu'il a atteint un certain niveau d'habituatation. La session ne se termine pas tant et aussi longtemps que l'individu éprouve des émotions fortes liées à l'ÉT.

Fin de l'exposition et mieux-être. La session sur le récit autobiographique prend fin une fois la peur diminuée chez l'individu. Il ne faut pas terminer la session si l'individu revit encore l'ÉT. Il est souhaitable d'attendre que l'individu raconte la période de l'après l'ÉT, et précise si cette période couvre des minutes, des heures, des jours ou des années. Avant de mettre fin à la session, l'intervenant doit s'assurer que *l'état émotionnel de l'individu soit mieux*, c'est-à-dire que l'individu se sent mieux, en paix. L'individu devrait être conscient de l'environnement extérieur et en mesure de faire un commentaire sur le déroulement de la session. De plus, faire un récit détaillé permet à l'individu de bien comprendre le pourquoi de son comportement durant et après l'ÉT. Cela entraîne la modification des pensées en rapport avec la culpabilité et la honte qu'il peut avoir.

Planification d'une nouvelle session. Après avoir relaté l'ÉT vécu, les symptômes comme l'anxiété, les pensées et les sensations peuvent être encore intenses et entraîner la perturbation du sommeil, l'irritabilité et la tristesse. Il importe d'en aviser l'individu et de lui fournir des sessions thérapeutiques rapprochées. Schauer, Neuner et Elbert (2010) soulignent qu'au début, deux sessions par semaine sont souhaitables, dans le but d'éviter la souffrance prolongée.

Il est important de commencer chaque session en soulignant des émotions observables (positives ou négatives) que l'individu présente à ce moment. L'intervenant donne juste ses impressions sans aucun jugement. Il importe alors de donner à l'individu le temps d'exprimer ses émotions actuelles telles qu'il les sent. Il peut aussi demander à l'individu de lui dire comment il a passé les derniers jours depuis la dernière session, s'il a eu des troubles du sommeil. La session se poursuit en relisant le récit de la session précédente et en demandant à l'individu de corriger et de compléter, au besoin, certaines informations. On continue le récit jusqu'à ce que le deuxième ÉT surgisse, s'il y en a, ou jusqu'au moment présent. On procède de la même façon que la session précédente pour explorer toutes les facettes de cet autre ÉT.

3.8.3 Plan d'avenir et fin de l'intervention

On relit de nouveau le récit et l'individu fait les dernières corrections ou modifications. La session peut se terminer une fois que l'intervenant juge que l'individu est calme ou peut faire des commentaires sur la situation. L'individu fait des plans pour l'avenir. On termine l'intervention en signant le document (par l'individu, le thérapeute et l'interprète). Une copie est donnée à l'individu, l'autre est gardée par l'intervenant et, le cas échéant, l'autre est transmise aux organisations des droits de l'homme.

3.9. Difficultés rencontrées lors de la TEN

3.9.1 Difficultés liées à l'individu

L'évitement. Les stratégies d'évitement varient d'une personne à l'autre, mais tous conduisent à interrompre le processus d'exposition. Certains individus veulent raconter rapidement leur histoire tout en évitant les détails. D'autres cherchent à introduire certaines conversations qui n'ont pas de rapport avec l'intervention et ses objectifs. Dès lors, l'intervenant lui rappelle qu'avec l'évitement, le processus d'exposition est entravé et que c'est à partir de l'exposition qu'on arrivera à l'habituation et à la diminution des symptômes. L'une des raisons de l'évitement semble être associée aux perceptions de l'individu. Il n'est pas convaincu que l'intervenant pourra comprendre et analyser son histoire. Dans ce cas, l'intervenant peut utiliser ses expériences et d'autres stratégies psychothérapeutiques pour rehausser la confiance de l'individu.

Des dissociations ou des flashbacks. Le fait de retourner dans le passé peut entraîner des dissociations et des flashbacks chez l'individu. L'un des rôles majeurs de l'intervenant est de maintenir l'individu dans le moment présent et d'éviter que ses souvenirs prennent toute la place. Si l'intervenant ne réussit pas à faire face aux dissociations et flashbacks, il y a de fortes chances que l'anxiété augmente et que la relation thérapeutique se transforme en peur. L'intervenant doit assurer le contact de l'individu avec la réalité. L'un des indices de la dissociation ou des flashbacks est un détachement brusque du contact thérapeutique de la part de l'individu. Celui-ci devient incapable de communiquer adéquatement et des réactions somatiques, comme la paralysie de certains membres du corps, peuvent se manifester. L'intervenant doit alors guider l'attention de l'individu à la réalité sensorielle. Il peut poser des questions en rapport avec ce que l'individu peut voir ou toucher, par exemple, sentir la surface de la table, lui demander s'il a froid ou chaud, etc. Si ces questions ne ramènent pas l'individu au moment présent, l'intervenant peut utiliser la voie directe, par exemple, toucher la main de

l'individu, prononcer son nom et lui demander s'il l'entend, etc. En cas de flashback, l'intervenant doit rappeler à l'individu que l'ÉT est passé et qu'il est souhaitable de revenir au présent.

Les informations cachées. L'individu porte son attention à ce qu'il ne doit pas dire, juge certaines informations comme sans rapport avec l'intervention ou les trouve sans importance, et ce, intentionnellement. Il peut aussi éprouver un malaise pour prononcer certaines informations, parce qu'il a peur des conséquences, ou parce qu'il n'arrive pas à structurer ce qui lui est arrivé en bas âge. L'individu peut aussi penser que l'intervenant ne comprend pas ou n'accepte pas ce qu'il raconte. Il peut aussi éprouver des sensations déplaisantes lors du récit. Pour remédier au problème de cacher l'information, l'individu devra se sentir à l'aise et avoir confiance en l'intervenant.

Les réactions somatiques. L'individu peut se plaindre de maux de tête et de fatigue. Dans certaines cultures, les problèmes de santé mentale et les symptômes associés semblent être tabou. Les personnes qui manifestent les symptômes sont souvent stigmatisées et isolées de leur entourage. Pourtant, elles souffrent, elles se sentent inconfortables et cherchent à trouver un sens à leur douleur. C'est l'exemple de ce que vivent certains Rwandais ayant le TSPT lié au génocide et à la guerre de 1994 (Munyandamutsa, 2008). L'intervenant doit vérifier si ces plaintes ont débuté avant ou durant la séance thérapeutique. Les réactions physiologiques du moment de l'ÉT peuvent réapparaître, ce qui fait que l'intervenant retourne à la psychoéducation, spécifiquement sur la partie des réactions somatiques.

L'absence d'habituation. Il arrive que l'individu éprouve des émotions négatives chaque fois qu'on évoque des expériences traumatiques et que le niveau de ces émotions reste élevé, sans marque d'habituation. Dans ce cas, Schauer, Neuner et Elbert (2010) proposent de bien vérifier les informations sensorielles lors de l'ÉT (images des sensations somatiques et olfactives), de focaliser sur ce que l'individu raconte et

d'insister sur l'ÉT. On doit aussi analyser les moyens utilisés par l'individu dans le passé pour gérer la situation traumatique. De plus, il importe d'examiner les stratégies de *coping* utilisées lors de l'ÉT actuel.

3.9.2 Difficultés liées à l'intervenant

La fraternité des non-croyants (Fraternity of non-believers) est un phénomène qui se produit lorsqu'au moment du récit par l'individu, l'intervenant se rend compte que cela va à l'encontre de ses propres croyances en rapport avec la situation. C'est le cas, par exemple, si l'intervenant avait comme croyance que le monde est bon et l'individu lui raconte le contraire à travers son histoire réelle, qui prouve que le monde est mauvais. Pour l'intervenant, il va faire en sorte qu'il ne brise pas la croyance de l'individu, ce qui peut entraver le déroulement de la thérapie, dans le sens que l'intervenant est appelé à agir à l'encontre de ses propres convictions.

L'évitement de l'intervenant peut aussi prendre origine dans ce que Schauer, Neuner et Elbert (2005) appellent *le piège du chagrin (Pitfall of sorrow)*. Dans ce cas, l'intervenant peut se sentir plus sympathique qu'empathique envers l'individu. Une autre forme d'évitement de la part du thérapeute est le *déni*. En tant que personne qui éprouve lui aussi des émotions, il peut lui être difficile de bien comprendre l'impact de la souffrance de l'individu. Suite aux comportements que l'intervenant peut adopter, l'individu peut se sentir émotionnellement abandonné, il voit l'intervenant incapable de coopérer avec les effets émotionnels choquants qu'il entend. L'individu tend alors à minimiser son histoire, en omettant certaines parties de son récit ou en se retenant pour ne pas montrer ses émotions.

3.9.3 Difficultés liées à l'interprète

La TEN a été utilisée dans différentes cultures, avec des individus qui ne parlent pas la même langue que les intervenants. Cohen-Émerique (1993) et N'tétu et Fortin (1995) soulignent que le recours à un interprète peut amplifier ou entraîner des difficultés de communication, de façon accidentelle ou délibérée. Cela constituera alors une source d'insatisfaction chez l'individu et l'intervenant. Dans le but d'éviter des interprétations subjectives, il est conseillé d'avoir recours à un interprète officiel, qualifié et soumis à un code éthique (Solomon, 1997). Ce dernier doit non seulement avoir les compétences linguistiques, mais aussi plusieurs connaissances socio-culturelles, afin d'agir comme traducteur et médiateur des discours socio-culturels (Gany et Thiel de Bocanegra, 1996).

En l'absence d'interprètes officiels, certains intervenants ont recours à des interprètes informels (un ami ou un membre de la famille). Cela conduit à une solution rapide et peu coûteuse, mais présente des inconvénients à ne pas minimiser. En effet, bien que l'interprète informel peut être une personne rassurante pour l'individu, il peut avoir une tendance à exagérer ou minimiser les propos de l'individu dans le but d'attirer l'attention de l'intervenant, d'accélérer le service ou bien d'obtenir une information spéciale de la part de l'intervenant ou de l'individu. Il peut aussi trier et retenir l'information donnée par l'intervenant afin de protéger l'individu ou d'éviter de futurs problèmes personnels. Il peut aussi ne pas vouloir mentionner les conséquences de l'intervention de peur que l'individu refuse de continuer. L'interprète peut aussi cacher les conséquences pouvant découler des problèmes de l'individu de peur d'augmenter son inquiétude et son désespoir (Vissandjée et al. 1998; Phelan et Parkman, 1995). L'interprète informel peut aussi cacher une part de vérité pour préserver l'intégrité de la personne. L'individu et/ou l'interprète peuvent aussi se sentir mal à l'aise devant l'expression de propos intimes, ce qui peut occasionner un mauvais déroulement de

l'intervention (Hornberger et al., 1996). Au niveau éthique, l'interprète informel n'est pas tenu au secret professionnel et à la confidentialité, ce qui peut grandement nuire à l'intervention (Bibeau, Chan-Vip, Rousseau et Sterlin, 1992; Gany et Thiel de Bocanegra, 1996).

3.10 Adaptation d'un protocole de la TEN

Le programme d'intervention proposé dans le présent mémoire sera basé sur l'adaptation culturelle de la TEN à la population rwandaise. Même si les études ont montré l'apport de la TEN quant à la diminution des symptômes post-traumatiques, différents auteurs soulignent l'importance de l'adaptation culturelle des interventions psychothérapeutiques (Bernald, Jiménez-Chafey et Rodriguez, 2009; Kreps, et Kunimoto, 1994; Lafrance, 2011; Léong et Hartung, 1997; Mujawayo et Belhaddad, 2005; Ndabavunye, 2005; Sue et Sue, 2003). En effet, la bonne compréhension de la santé des individus découle d'un modèle qui tient compte du contexte culturel. Farah, Ohnishi et Regina (1994) soulignent que les éléments comme l'ethnie, la situation familiale, le genre, les étapes du développement, l'orientation sexuelle, l'histoire politique vécue et le niveau d'éducation affectent la vie physique, affective et cognitive de l'individu et influencent sa façon de comprendre et d'interpréter les événements. Leong et Hartung (1997) considèrent la culture comme étant un puissant référent contextuel à travers lequel les gens donnent un sens à leurs expériences.

La culture comprend un ensemble de traditions, valeurs et coutumes, rituels, symbolisant le système de croyances du groupe. Elle est composée d'éléments observables (p.ex. des créations artistiques, les chants et les danses, les salutations d'usage et les normes régissant un groupe social donné) et subjectifs (p. ex. les croyances et les valeurs sociales). La culture a comme fonction de fournir la structure

psychique à l'individu, ce qui affecte sa façon de penser, d'agir et de réagir et lui permet d'attribuer un sens à l'environnement (Lafrance, 2011).

Quant à l'adaptation culturelle, Bernal et al. (2009) soulignent qu'il s'agit d'un ajustement d'un protocole d'intervention, en tenant compte de la langue, de la culture et du contexte. Tout cela doit être compatible avec les habitudes, les significations et les valeurs culturelles de l'individu.

3.10.1 Différences culturelles en intervention

Les différences culturelles constituent des facteurs pouvant entraver le processus thérapeutique. Elles peuvent se manifester à plusieurs niveaux. Sur le plan *communication*, les particularités de la langue peuvent être à l'origine d'erreurs culturelles Sue et Sue (2003). Pour ce qui est *des comportements non verbaux*, Lafrance (2010) souligne que la culture peut jouer sur le confort que l'individu peut éprouver face à la proximité ou à la distance physique avec un intervenant. S'asseoir côte à côte ou face à face, la présence ou non d'un bureau peuvent, pour les uns, être une source de confort pouvant jouer sur le déroulement de l'intervention. Ainsi, dans le cas du Rwanda, il est interdit pour les jeunes de parler en fixant les yeux d'un adulte ou d'une personne supérieure.

La variation culturelle se manifeste aussi dans *l'expression de la détresse*. La somatisation semble être fréquente dans les cultures où les problèmes émotionnels sont perçus comme une source de honte et de stigmatisation (Gishoma et Blacklaire, 2008; Hwang et Wood, 2007; Kohn-Wood, Hudson et Graham, 2008; Sebuho, 2005; Vachon, 2011). C'est le cas du Rwanda, où on a peur de devenir « fou » ou d'être un sujet de moquerie en cas de problèmes émotionnels (Bagilishya, 2000; Gishoma et Blacklaire, 2008; Mujawayo et Belhaddad, 2005; Ndabavunye, 2005).

Au niveau de l'expression verbale des émotions et du dévoilement de soi. Dans certaines cultures comme au Rwanda, on observe une hésitation à dire des mots culturellement tabous, de peur d'être jugé négativement (Mujawayo et Belhaddad, 2005). Les pleurs des hommes sont considérés comme signe de faiblesse. Aussi, la souffrance intense se vit en silence. L'individu doit avoir le contrôle de soi et la discrétion (Bagilishya, 2000; Gishoma et Blacklaire, 2008; Vachon, 2011). La culture affecte aussi *la manière de penser*. Cela est lié à la façon de concevoir et de donner une signification à une situation. Cela peut affecter certaines formes d'interventions, comme celles qui nécessitent l'utilisation d'un travail cognitif comme la TCC (Hofman, 2006).

Toutes ces situations peuvent, d'un côté, influencer sur la façon de mener et de réussir une intervention psychothérapeutique. De l'autre côté, elles peuvent être une source d'un faible engagement ou d'un abandon thérapeutique. Elles peuvent aussi être une source d'un mauvais diagnostic, qui, à la longue, peut entraîner un mauvais traitement (APA, 2000; Bernal et al., 2009; Huey et Polo, 2008; Léong et Hartung, 1997).

Pour contrecarrer ces obstacles, Léong et Hartoung (1997) proposent une intervention qui tient compte des aspects culturels de l'individu et de son problème. Par exemple, il est important pour l'intervenant d'analyser l'explication que l'individu fournit à son problème, les facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et les niveaux de fonctionnement de l'individu (p. ex. les stressseurs environnementaux et le degré du support social).

Bref, les facteurs culturels influent sur l'évaluation psychologique, et le processus psychothérapeutique. Dans le contexte de ce mémoire, le programme d'intervention sera adapté à la culture rwandaise, dans le but de surmonter des problèmes comme la façon de comprendre et de donner une signification à l'ÉT (le génocide), la compréhension des symptômes présents et leur rôle actif tout au long de l'intervention psychologique. L'adaptation de la TEN va permettre aussi de surmonter des difficultés pouvant être

associées au recours à un interprète puisque l'intervention se déroulera dans la langue nationale des Rwandais. Enfin, on souhaite que la TEN soit administrée par des intervenants qui parlent et comprennent bien le kinyarwanda, la langue nationale des Rwandais.

3.10.2 Résumé

Comment peut-on aider les Rwandais ayant un TSPT à diminuer leurs symptômes traumatiques et à affronter des situations de la vie quotidienne sans avoir peur de revivre l'ÉT? Voilà une question que se posent bien des chercheurs rwandais et des intervenants en santé mentale au Rwanda. Selon Gishoma et Blackelaire (2008), chaque année, spécifiquement lors de la période de commémoration du génocide (avril-juillet), les intervenants en santé mentale sont confrontés à plusieurs cas associés à des « crises traumatiques ». Ces derniers ont lieu surtout sur les sites mémoriaux et dans des écoles secondaires. Ces auteurs se demandent alors le pourquoi de telles crises à ce moment? Dans le cadre de ce mémoire, on peut formuler l'hypothèse que ces crises observables dans la plupart des cas en avril-juillet de chaque année sont associées au fait que la population rwandaise est exposée à des situations qui font revivre la guerre et le génocide de 1994, et ce, sans avoir été préparée d'avance. Ils participent à une exposition de l'ÉT, sans aucune mesure de gestion des réactions émotionnelles associées aux souvenirs de l'ÉT préconisé, ni les intervenants en santé mentale pouvant mener l'intervention par exposition à l'ÉT. Notons que durant cette période, les individus revoient les restes des corps sur les sites mémoriaux, assistent à l'exhumation et l'inhumation des corps, entendent les témoignages douloureux concernant les atrocités subies et sont exposés aux chansons tristes en rapport avec les drames vécus. Tout cela active la mémoire traumatique (contenant des informations mal gérées et mal traitées de l'ÉT) et l'individu a l'impression de revivre l'ÉT.

Le manque d'information sur le TSPT (l'origine, le développement, les conséquences ainsi que le traitement) constitue aussi un défi pour les Rwandais. Les personnes ayant les symptômes du TSPT sont, dans certains cas, traitées comme des « fous » ou des individus qui font semblant d'avoir une maladie (Mujawayo et Belhaddad, 2005; Gishoma et Blackelaire, 2008). Cela favorise le silence, l'isolement et les tentatives de dissimuler ou de cacher les symptômes et émotions éprouvées, ce qui ne fait qu'augmenter le risque de développer un TSPT.

Les études réalisées dans le traitement du TSPT confirment l'efficacité des thérapies TCC et EMDR (NICE, 2005; Schnurr et Friedman, 2008). Cependant, les mêmes résultats ne sont pas observés lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès des individus ayant vécu plusieurs traumatismes, parfois répétitifs et de longue durée et qui ont continué à mener une vie difficile même après les ÉT. Pour répondre à ce besoin, la TEN a été créée et elle est considérée comme étant une forme d'intervention capable de promouvoir la santé des individus ayant le TSPT lié aux actes de violences interpersonnelles. À la suite du génocide de 1994, plusieurs individus présentèrent des symptômes du TSPT, même plusieurs années plus tard (Munyandamutsa, Nkubamugisha et Ariel, 2008). Parmi les facteurs associés au développement et au maintien du TSPT, on peut citer, entre autres, la mauvaise compréhension du TSPT, les deuils non réalisés, l'absence de soutien social, le silence, la honte et la peur d'avoir des symptômes. Étant donné les difficultés rencontrées par les thérapeutes venus pour aider les rescapés du génocide de 1994, on pourrait imaginer que la TEN adaptée contribuerait à l'amélioration du processus thérapeutique. Elle pourrait aussi aider les Rwandais à bien comprendre leur état de santé (mental et physique) actuel et à tolérer leurs réactions en présence des situations qui leur rappellent l'ÉT. La TEN adaptée porterait sur les Rwandais adultes ayant le TSPT comme trouble primaire. Toutes les personnes ayant le TSPT comme trouble secondaire, c'est-à-dire le TSPT en comorbide avec d'autres troubles mentaux, ne sont pas retenues ici. Aussi, toutes les personnes ayant un handicap (p. ex. les sourds, les muets ou les sourds-muets, les déficients

intellectuels) sont exclues. Les personnes concernées doivent être en mesure de s'exprimer verbalement et avoir atteint le niveau de raisonnement logique.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

4.1 Objectifs

L'objectif général de ce mémoire est d'offrir une aide psychologique aux Rwandais adultes présentant un TSPT. Deux objectifs spécifiques en découlent : 1) réaliser une adaptation culturelle de la TEN au contexte rwandais, et 2) effectuer une validation de la pertinence de ce traitement auprès des Rwandais vivant à Montréal.

4.2 Questions de recherche

- 1) Quelles modifications doit-on apporter pour adapter la thérapie par exposition aux narratifs (TEN) au contexte rwandais ?
- 2) Quelle est la pertinence de la thérapie par exposition aux narratifs adaptée au contexte culturel rwandais?

4.3 Procédures

L'adaptation de la TEN a été réalisée selon les quatre étapes proposées par Barrera et Castro (2006) : 1) On procède à la cueillette d'informations sur la population cible, 2) on crée un devis pour l'adaptation préliminaire, 3) on développe l'adaptation préliminaire, et 4) on valide l'adaptation réalisée. Ces étapes sont détaillées ci-dessous :

Étape 1. Chercher les informations sur la population cible. À partir de la littérature scientifique, on s'informe sur la forme et le contenu des adaptations nécessaires. En premier lieu, nous avons effectué des lectures d'ouvrages portant sur le Rwanda, les conséquences de la guerre et du génocide de 1994 (Anguelova, Maudet, Benoit et Regard, 2007; De Schrijver, 2010; Kanyangara, Rimé, Philippot et Yzerbyt 2007; Mujawayo et Belhaddad, 2005; Mukamana et Brysiewicz, 2008; Ndabavunye, 2005; Pillay, 2010; Vulpian, 2004). Nous avons également effectué des lectures sur le TSPT au Rwanda, son ampleur 18 ans après le génocide (Dyregrov, Gupta, Gjestad et Mukanoheli, 2000; Munyandamutsa, Mahoro-Nkubamugisha et Ariel, 2009; Neugebauer, Fisher, Turner, Yamabe, Sarsfield et Stehling-Ariza, 2009; Pham, Weinstein et Longman, 2004) ainsi que les pistes d'intervention réalisées dans ce domaine (Olij, 2005; Richters, Dekker et Scholte, 2008; Staub, Pearlman, Gubin et Hagengimana, 2005). Ces lectures nous ont permis de constater que bon nombre des Rwandais ont vécu l'ÉT susceptible d'entraîner le TSPT. Vu l'interconnexion entre le génocide et la guerre au Rwanda, on ne peut pas dire qu'une telle personne a connu le génocide sans avoir vécu la guerre et vice versa. Le génocide a eu lieu pendant que le Rwanda était en guerre depuis quatre ans. Les Rwandais qui n'étaient pas visés directement par le génocide ont été témoins oculaire ou auriculaire de la mort des autres, de la destruction de leurs biens ou ceux des autres. Ils ont dû fuir la guerre, à l'intérieur ou à l'extérieur du pays, sous les balles, la faim et les maladies. En tenant compte de la définition du TSPT selon le DSM-IV-TR (APA, 2000) qui stipule que le TSPT est un ensemble de symptômes observés chez une personne ayant vécu ou été témoin d'un ÉT, bon nombre des Rwandais, survivants du génocide ou non semblent être concernés. Ainsi, nous avons décidé d'adapter culturellement la TEN pour aider les Rwandais adultes ayant le TSPT résultant de la guerre et du génocide de 1994.

Après avoir choisi la TEN comme étant une méthode d'intervention pouvant contribuer à la diminution des symptômes du TSPT auprès des Rwandais adultes, une fois adaptée

au contexte rwandais, nous avons lu des ouvrages portant sur l'adaptation des protocoles de traitement ainsi que ceux qui portent sur l'influence de la culture dans un processus thérapeutique psychothérapeutique (Bernal et al., 2009; Huey et Polo, 2008; Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2001; Barrera et Castro, 2006). Ceci avait pour but de voir les procédures à suivre pour bien mener une adaptation culturelle d'un protocole d'intervention.

Étape 2. Créer un devis pour les adaptations préliminaires. Tenant compte de l'information sur le besoin d'intervenir auprès de la population rwandaise et sur le choix de la TEN, nous avons fait une adaptation de la TEN au contexte rwandais selon les informations fournies dans le protocole original, selon certaines techniques de la TCC et aussi selon des informations historiques, thérapeutiques et personnelles sur la culture rwandaise. Les ouvrages qui nous ont servi de modèle sont notamment la première et la deuxième édition révisée de « *Narrative Exposure Therapy. A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders* », un guide clinique élaboré par Schauer, Neuner, et Elbert (2005 et 2010). De plus, nous avons consulté des ouvrages sur le traitement du TSPT selon la thérapie cognitive et comportementale, tels le « *Guide clinique de la thérapie comportementale et cognitive* » de Fontaine et Fontaine (2006), « *la thérapie cognitivo-comportementale* » de Chalout (2008), le « *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-step Treatment Manual* » de Barlow (2008), le « *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies* » de Dobson (2010), et « *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatiques* » de Brillon (2010). Les informations sur le TSPT au Rwanda, les difficultés liées à l'intervention psychologique ainsi que le contenu des interventions psychologiques administrées au Rwanda ont été prises en considération dans ce mémoire.

Étape 3. Développer l'adaptation préliminaire. En tenant compte des informations de l'étape précédente, nous avons adapté la TEN pour créer un protocole d'intervention qui

prend en considération des éléments de la culture du Rwanda, de son histoire et de la particularité des Rwandais de vivre et d'exprimer leurs émotions associées à l'ÉT.

Étape 4. Validation de l'adaptation proposée. La TEN adaptée au contexte rwandais a été présentée au professeur Réal Labelle, directeur de cette étude et à Mme Vestine Umwali, intervenante en santé mentale, d'origine rwandaise. Après avoir obtenu leur point de vue à propos de la TEN adaptée, nous avons procédé à son amélioration et à sa validation.

Un groupe de discussion composé de 12 personnes adultes, dont huit Rwandais ayant vécu la guerre et le génocide de 1994 et trois Canadiens travaillant dans le domaine de la santé mentale et l'auteure de ce mémoire, s'est prononcé sur la pertinence du protocole adapté. Nous avons choisi d'utiliser le groupe de discussion parce qu'il est reconnu comme étant « *un dispositif performant quant à la richesse et à l'originalité des données qu'il révèle pour éclairer notre compréhension des phénomènes* » (Baribeau et Germain, 2010). Le nombre de 8 participants a été proposé par Morgan (1998). En effet, la taille du groupe agit sur le déroulement des discussions. Si le nombre est trop grand (plus de 12), plusieurs participants peuvent parler en même temps et cela peut entraîner des difficultés de bien suivre les discussions. Aussi, les discussions peuvent se dérouler en sous-groupes, compliquant l'enregistrement et pouvant occasionner une perte d'information (Morgan, 1997). Un nombre restreint de participants (moins de 6) peut entraîner pour sa part une discussion moins dynamique et des idées moins diversifiées (Mark, 1997). Nous avons donc travaillé avec les Rwandais et Canadiens vivant à Montréal. Ces derniers ont été invités à donner leur point de vue sur le programme proposé et à y apporter des modifications au besoin, dans le but de l'améliorer.

Le choix des participants. Les participants ont été choisis sur la base de leur expérience professionnelle, leur vécu de guerre et du génocide ainsi que leur volonté de participer à

l'étude. Afin d'avoir des informations diversifiées, les participants issus d'un même lieu de travail et partageant les mêmes expériences professionnelles n'ont pas été retenus (Morgan, 1997). Le recrutement des participants a été effectué par l'entremise d'associations rwandaises de Montréal. Huit personnes ont accepté de participer. Pour ce faire, un contact téléphonique nous a permis de faire une brève présentation de notre domaine de recherche et du projet de recherche ainsi que de ses objectifs. Ensuite, nous avons présenté les considérations éthiques du projet aux participants. Chaque participant a ensuite reçu par courriel un formulaire de consentement. Ce dernier comprenait une brève description du projet ainsi que la participation attendue du participant. Les objectifs de l'étude ont été repris ainsi que la méthode de travail, soit le groupe de discussion. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été mentionnés. Le formulaire précisait également l'assurance du respect de l'anonymat au cours de l'exploitation des données. Les modalités pratiques des rencontres, telles que le lieu, la date et l'horaire des activités, ont été présentées. Les coordonnées de la candidate (numéro de téléphone et adresse courriel) ainsi que ceux du directeur de cette étude ont été donnés. Les personnes intéressées n'avaient qu'à confirmer leur participation en signant le formulaire (Voir appendice B).

Les rencontres ont été animées par l'auteure du présent mémoire, dont le rôle consistait à favoriser des discussions dans le groupe. Les participants devaient respecter le thème abordé, en tenant compte du droit de parole de chacun. Ils devaient développer leur propre réflexion et proposer des suggestions à chaque thème, comme le propose Mark (1997) et Morgan (1998). Dans le cadre de ce mémoire, le groupe de discussion a constitué une source d'information, pour l'appropriation et l'amélioration du contenu de la TEN adaptée.

Les sujets de discussion. Pour bien orienter les discussions, quatre sujets ont été choisis au préalable. Ils portaient sur les méthodes d'intervention proposées ainsi que la pertinence du programme d'intervention adapté au contexte rwandais. Les sujets ont

porté sur le contenu et les techniques d'intervention de la TEN adaptée et l'approche d'intervention qui est utilisée. Enfin, les participants ont eu à s'exprimer sur la pertinence de la TEN adaptée dans le but d'aider les adultes rwandais ayant le TSPT.

Déroulement des discussions. Après une présentation des participants, l'animatrice des discussions a passé en revue le but de cette rencontre et a expliqué la façon de procéder à l'intérieur du groupe. Tout au long des discussions, l'auteure devait veiller à ce que chaque membre du groupe ait l'occasion de prendre la parole et de garder la discussion centrée sur les sujets abordés.

Avant de commencer les discussions, les participants avaient complété une échelle de validation des thèmes. Ceci avait pour objectif d'éviter toute influence du groupe pouvant changer les propos du participant lors des discussions. Cela nous a également permis, lors de l'analyse, de comparer et de nuancer les idées données par chaque participant, tout en permettant de s'assurer de la fiabilité de l'information. L'échelle de validation des thèmes était composée d'une échelle allant de 0 à 3. Les participants devaient mentionner leur « accord » ou leur « désaccord » à chaque thème proposé. La note 0 signifie « je ne suis pas d'accord », la note 1 signifie « je suis moyennement d'accord »; la note 2 signifie « je suis d'accord » et la note 3 signifie « je suis très d'accord ». Une place pour écrire leurs commentaires était réservée. Après avoir complété l'échelle, on a poursuivi avec les discussions, thème par thème. Ci-dessous, quatre thèmes qui ont orienté les discussions.

a) Thème portant sur la méthode

1) La TEN adaptée au contexte rwandais est basée sur la psychoéducation et l'exposition en imagination aux événements traumatiques. Pensez-vous que ces

méthodes d'intervention appliquée au contexte rwandais pourraient-elles contribuer à la diminution des symptômes du TSPT chez un adulte rwandais ?

2) Dans la TEN adaptée, l'intervenant a recours à des exemples concrets liés à la vie quotidienne des Rwandais, il aborde certains éléments de la culture rwandaise pouvant contribuer au développement et au maintien du TSPT (proverbes et chansons, destructions de liens et valeurs sociales). Pensez-vous que cela peut aider le Rwandais quant à la compréhension de sa situation, du bon déroulement et l'atteinte des objectifs de l'intervention?

3) Que pensez-vous du rôle actif de l'individu dans la TEN adaptée (faire des exercices à domicile, consulter des documents en dehors des séances thérapeutiques, s'approprier le modèle théorique et produire un récit cohérent) ?

b) Thème portant sur la pertinence de la TEN adaptée

4) Pensez-vous que la TEN adaptée soit une forme d'intervention pertinente pouvant aider les adultes rwandais ayant le TSPT ? Pensez-vous que cette méthode d'intervention pourra contribuer à la diminution des symptômes du TSPT et l'amélioration de la qualité de vie des Rwandais ?

À la fin des discussions, l'auteure a fait un résumé en mettant l'accent sur les éléments les plus importants soulevés au cours de la rencontre. Les discussions ont été enregistrées (audio) en vue d'être analysées après. Voici les lignes directrices suivies pour assurer le bon déroulement des discussions, tel que proposé par le Centre de ressources sur les groupes de discussion (Clark, 1997) :

1. Tous les membres du groupe étaient encouragés à exprimer franchement leurs opinions et à partager leurs réflexions. Tous les points de vue étaient respectés.
2. Bien que les désaccords et les divergences d'opinions puissent être utiles, les conflits d'idées ne devaient pas dégénérer en conflit personnel. Aucune remarque humiliante, aucune injure ni aucune attaque personnelle n'étaient tolérées.
3. Il était important que chaque participant puisse s'exprimer. Les personnes qui avaient tendance à prendre la parole fréquemment devaient faire des efforts afin de laisser aux autres le droit de parole.
4. L'animateur devait demeurer objectif et s'assurer que les discussions se déroulent selon les lignes directrices proposées.

4.4 Horaire des activités

Tableau 4.1
Activités prévues

Activités	Période
Élaboration du projet de recherche	Novembre 2012 - Janvier 2013
Adaptation de la TEN au contexte rwandais et élaboration des thèmes de discussion	Février - avril 2013
Demande d'approbation éthique	Avril - Mai 2013
Recrutement des participants et préparation du lieu de rencontre du groupe de discussion	Mai 2013
Rencontre de groupe de discussion	Juin 2013
Transcription des discussions	Juin 2013
Analyse des verbatims et rapport des discussions	Juin - juillet 2013
Dépôt de la première version du mémoire au directeur de recherche	Juillet 2013
Dépôt du mémoire	Août 2014

4.5 Considérations éthiques

Les informations recueillies lors du groupe de discussion ont été tenues confidentielles et utilisées uniquement pour améliorer la TEN adaptée au contexte rwandais. Les participants à la recherche sont aussi restés anonymes et se sont engagés à garder la confidentialité de tout ce qui s'est passé au sein du groupe de discussion, comme le propose Morgan (1998). Ils ont aussi signé un formulaire de consentement libre et éclairé. Étant donné que les résultats de cette recherche seront utilisés pour aider les Rwandais ayant le TSPT, toutes les réponses aux questions ainsi que toutes les informations fournies ont été enregistrées, analysées et insérées dans le programme en vue de le rendre meilleur.

4.6 Analyse des résultats

Comme écrit précédemment, les discussions ont été enregistrées en vue de pouvoir les analyser. Ces enregistrements ont été complétés par un carnet de bord, dans lequel on a noté des réactions et des comportements non verbaux des participants. On a pu aussi y consigner de nouvelles grandes idées évoquées par les intervenants dans le but de faciliter leur localisation lors de l'analyse. Nous avons aussi tenu compte des informations fournies dans l'échelle de validation des thèmes complétée au début des discussions.

À la fin de la rencontre, nous avons fait un résumé général des principales idées évoquées lors des discussions, dans le but de ne pas perdre certaines informations, par oubli, et aussi pour faciliter l'analyse ultérieure des résultats. Ces informations ont été recueillies dans le tableau se trouvant dans l'annexe F.

L'analyse des résultats a suivi la méthode d'analyse de données issues d'un groupe de discussion comme proposée par Vaughn, Schumm et Sinagub (1996). Cette méthode comprend *cinq* étapes. Il s'agit de : 1) Identification des idées principales, 2) faire des unités (d'informations), 3) catégoriser les unités d'information, 4) faire le choix des catégories, et 5) identifier les thèmes. Ces étapes sont détaillées ci-dessous :

Étape 1. Identification des idées principales. Le point de départ de l'analyse des résultats a consisté à procéder à l'écoute des enregistrements des idées données à chaque thème. Les enregistrements ont été retranscrits en tenant compte des propos-clés, tout en respectant l'expression de chaque participant. Cette transcription a été complétée par les informations écrites dans le carnet de bord ainsi que celles qui se trouvaient dans les tableaux présentant les données brutes des discussions (annexe E), sans oublier celles de l'échelle d'évaluation des thèmes complétée avant les discussions (annexe F).

Davister (2004) affirme que les données issues d'un groupe de discussion sont influencées par le contexte dans lequel le groupe de discussion a eu lieu. Les propos de chaque participant doivent être contextualisés afin d'éviter une généralisation ou une extrapolation excessive. Chaque idée a été interprétée à la lumière de la discussion précédente et aussi par le ton et l'intensité des observations verbales et non verbales émises. Nous avons également tenu compte des mots utilisés par chaque participant, en cherchant à comprendre leur signification en vue de déterminer le degré de similitude des opinions. On a observé s'il y avait une *cohérence interne* et une consistance entre les propos donnés individuellement ou globalement.

Durant l'analyse des résultats, nous avons aussi tenu compte de la fréquence et de l'ampleur des discussions. En effet, certains thèmes semblaient être plus importants ou avoir un intérêt particulier pour les participants. Nous avons alors examiné en

profondeur les sujets abordés par plusieurs participants, ainsi que les commentaires qui auraient été faits plus souvent que les autres. Nous avons aussi porté attention à l'intensité des discussions, qui se manifestait par le ton de la voix, la vitesse et l'accent sur certains mots.

La spécificité des réponses ou des commentaires a aussi été prise en considération. En effet, une plus grande attention et importance ont été mises sur des opinions plus spécifiques et personnelles. L'attention a été portée sur des opinions qui sont à la première personne comme le propose Vaughn, Schumm et Sinagub (1996).

Étape 2. Délimitation des unités d'information. Des unités d'information ont été ensuite établies comme base d'analyse. Nous avons dû identifier des morceaux d'information permettant de bien comprendre le thème abordé ou de bien comprendre la question de recherche.

Étape 3. Catégoriser les unités d'information. Cette étape a consisté à trier des unités d'information qui sont liées à un même contenu et les mettre ensemble. Dans le cas d'unités qui n'ont pas de ressemblance avec les autres, mais qui permettent de bien comprendre les questions de recherche, on les classait dans leurs propres unités. Si certaines unités ne contribuaient en rien à la compréhension de l'objet d'étude, on les écartait de l'analyse.

Étape 4. Choix des catégories. Cette étape devait être faite par au moins deux analystes. Ces derniers se rencontraient et le premier présentait la catégorie qu'il considérait comme la plus représentative et la plus significative de l'objet de recherche. Il expliquait les critères d'inclusion et d'exclusion des unités d'information. L'autre analyste vérifiait s'ils avaient identifié la même catégorie que lui. Ils discutaient alors des ressemblances et des différences de leurs catégories, reconstruisaient ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion pour déterminer quelle information était à retenir ou à

rejeter dans cette catégorie. Le processus continuait ainsi pour toutes les catégories identifiées. Dans le cadre de ce mémoire, les catégories d'informations identifiées par la candidate ont été revues par le directeur de ce mémoire et un étudiant au doctorat en psychologie. Un accord interanalystes a été émis.

Étape 5. Identification des thèmes. Selon Davila et Domínguez (2010), le processus d'analyse des données issues d'un groupe de discussion est un processus ouvert, caractérisé par le chevauchement d'analyse allant d'une étape à une autre. L'étape 5 de l'analyse nous renvoie à la première étape, en examinant les idées principales identifiées dans la première étape. On regarde si chacune des idées principales établies au départ est soutenue ou non par des catégories générées par les étapes précédentes. À la lumière du travail effectué avec les unités et les catégories d'information, on a cherché comment recadrer et reformuler les idées principales de la recherche. On s'est référé à ces idées comme des thèmes et l'on a déterminé quelles catégories d'information soutenaient ces thèmes. Pour finir l'analyse, nous avons tiré des conclusions en se référant au contenu du protocole adapté par la candidate de ce mémoire pour traiter le TSPT chez les Rwandais.

4.7 Retombées

Cette recherche permettra une mise au point d'une intervention faite sur mesure pour traiter le TSPT chez les Rwandais. Comme la version initiale de la TEN a été l'objet d'étude et d'essais cliniques démontrant son efficacité pour traiter le TSPT, nous pensons que la TEN adaptée au contexte rwandais constitue un outil important pour traiter le TSPT au Rwanda. À notre connaissance, cette étude propose le premier protocole de traitement du TSPT centré sur le trauma, utilisant les stratégies reconnues comme étant efficaces et recommandées pour les professionnels de la santé mentale

œuvrant auprès des personnes ayant le TSPT. Bref, cette étude permettra au final d'améliorer l'intervention psychologique et d'assurer une diminution éventuelle des symptômes du TSPT auprès de la population rwandaise.

CHAPITRE V

RÉSULTATS I : ADAPTATION DE LA TEN AU CONTEXTE RWANDAIS

Comme écrit précédemment, la TEN est basée sur le récit testimonial. Après la guerre et le génocide de 1994, très peu de Rwandais ont essayé de témoigner de ce qu'ils ont vécu. Cependant, le but principal de ces témoignages est loin d'être une intervention psychologique. Certains écrivaient dans le but de produire un roman historique ou tout simplement pour faire connaître au monde entier ce qui leur est arrivé. Dans la plupart des cas, on devait alors traduire en français ou en anglais des récits racontés en kinyarwanda (langue nationale des Rwandais). Germanotta (2010) souligne qu'il est vrai que l'œuvre littéraire peut permettre de sortir du mutisme. Toutefois, sortir du mutisme est loin d'être une aide psychologique. Ceci dit, Gakuba (2004) affirme que dans le travail de la mémoire, pour les Rwandais, la langue française assure la transmission internationale de leur vécu, tandis que la langue de l'affectivité, du deuil et du souvenir demeure le kinyarwanda.

L'adaptation de la TEN permet de comprendre le TSPT selon le contexte rwandais et d'apporter une aide psychologique aux personnes ayant des symptômes du TSPT. L'adaptation comprend trois grands points, soit :

- 1) *L'introduction*, qui comprend la présentation de l'intervenant, l'explication des objectifs et des modalités d'intervention, sans oublier de signaler le rôle de l'individu dans tout le processus thérapeutique. L'intervenant laisse à l'individu le temps de poser des questions. Il procède également à l'évaluation psychologique afin de déterminer si l'individu présente réellement un TSPT.

2) *La psychoéducation et l'exposition* vise à définir le TSPT, son origine, son développement et ses conséquences. Au Rwanda, la plupart des gens ayant des symptômes du TSPT ne comprennent pas ce qui leur est arrivé. Ils se demandent pourquoi eux et non les autres alors qu'ils ont vécu le même ÉT. Ils ont peur d'avoir perdu la « boule ». C'est ce que les Rwandais appellent communément « ubwenge bwarayaze », littéralement « (avoir) l'intelligence (qui a) fondu » (Mujawayo et Belhaddad 2005). Cela dit, on explique à l'individu les facteurs de risque et de protection du TSPT. On lui présente un modèle explicatif du TSPT. L'intervenant lui explique également les conséquences du TSPT non traité.

3) *L'intervention*. Une fois que l'individu a bien compris le sens de ses symptômes, on enchaînera avec l'intervention proprement dite, caractérisée par le récit testimonial, basé sur l'exposition de l'ÉT. On finit l'intervention en faisant un plan d'avenir, basé sur la prise de conscience des situations pouvant déclencher les symptômes post-traumatiques et en regardant aussi les moyens mis en œuvre pour gérer ces situations.

5.1 Partie introductive

5.1.1 Présentation

La carrière de psychologue ou d'intervenant en santé mentale est nouvelle, peu répandue et peu reconnue par la plupart des Rwandais. Jusqu'à aujourd'hui, on comprend mal les problèmes de santé mentale et l'intervention psychologique. La majorité des Rwandais n'arrive pas à croire qu'on puisse aider quelqu'un qui est malade sans prescrire des médicaments. On continue ainsi à sous-estimer les effets de l'intervention psychologique, comparativement au traitement médical. Ils pensent que seule la médecine peut guérir. Cela est dû, en grande partie, à la croyance et à la culture

(ARCT, 2005). Il est donc important pour un intervenant de se présenter et d'expliquer sa méthode d'intervention et en quoi il complète la médecine.

La présentation de l'intervenant comprend son nom et sa profession. Ce dernier signale qu'il aide les individus ayant des problèmes de santé mentale à reprendre le cours normal de leur vie. Il peut avoir recours à des exemples concrets dans le but de rendre plus clairs son domaine et ses modalités d'intervention. À titre d'exemple, la malaria est une maladie très fréquente au Rwanda. Si l'individu a mal au ventre ou mal à la tête, s'il a de la fièvre, des vomissements et une perte d'appétit, s'il a des vertiges ou des étourdissements, il peut penser qu'il a attrapé la malaria et il va se faire soigner. Le médecin l'examine et cherche à trouver une solution au problème physique. Si ces symptômes se manifestent et que l'individu ne se fait pas soigner, la maladie s'aggrave et les conséquences deviennent néfastes. La malaria n'est pas la seule maladie physique, il en existe plusieurs autres (comme les maladies cardiaques ou pulmonaires) et les symptômes diffèrent d'une maladie à l'autre. Il en est de même pour les troubles mentaux, dont le TSPT en particulier. L'individu doit bien comprendre que le TSPT a ses propres symptômes qui permettent de poser un diagnostic et de le distinguer des autres troubles mentaux. Le TSPT non traité, tout comme d'autres troubles mentaux, entraîne aussi des conséquences néfastes. En présence des symptômes, il est important de consulter des intervenants en santé mentale en vue de prévenir ces conséquences. Comme le médecin essaie de trouver des solutions aux problèmes physiques de l'individu, les intervenants en santé mentale essaient de trouver des solutions pour les problèmes mentaux de l'individu. L'individu aura à comprendre que l'intervention va jouer, de prime abord, du côté psychologique.

5.1.2 Engagement

L'intervenant aborde aussi le côté éthique, soit la confidentialité et l'engagement thérapeutique, non seulement pour l'intervenant, mais aussi pour l'individu. Il importe que l'individu soit assuré que ce qu'il confie à l'intervenant demeure entre eux et qu'il n'y aurait pas d'autres personnes qui pourraient s'immiscer dans l'intervention. Si l'intervenant a recours à une aide médicale, c'est en raison de problèmes physiques. À chaque fois, l'individu a la possibilité de poser des questions afin de rendre la situation plus claire. L'individu et l'intervenant s'engagent et signent le formulaire de consentement. De plus, l'individu est informé qu'il devra participer activement tout au long de l'intervention.

5.1.3 Évaluation

L'intervenant évalue les troubles psychologiques de l'individu et donne son impression clinique à l'aide des informations obtenues à l'entretien et aux instruments d'évaluation dont il dispose. Il s'informe aussi sur l'histoire médicale et psychiatrique de l'individu, y compris la consultation des guérisseurs traditionnels, pour ses symptômes actuels. Il demande à l'individu s'il a partagé ou non ses problèmes avec ses proches. Enfin, l'intervenant se renseigne sur l'histoire familiale, sur le soutien social actuel, mais aussi sur le soutien social reçu avant et pendant l'ÉT. Voici un exemple des questions pouvant être posées par l'intervenant :

- Est-ce que l'individu a grandi dans une famille, à côté de ses parents, frères et sœurs? Est-ce qu'il y avait une cohésion au sein de la famille?
- Est-ce que lors de l'ÉT, l'individu était avec les membres de sa famille?
- Est-ce que leurs voisins, amis et connaissances l'ont soutenu avant, durant et après l'ÉT?
- Est-ce que les plaintes actuelles sont somatiques, mentales ou les deux?

5.2 Psychoéducation

5.2.1 Origine, développement et conséquences du TSPT

Les Rwandais sont déconcertés vis-à-vis du TSPT. Ils ont peur de devenir « fou » ou de « perdre la raison » (Mujawayo et Belhaddad 2005). Ils ont aussi peur d'être traités de « fous » par leur entourage qui, dans certains cas, considère les symptômes du TSPT comme la simulation d'une maladie (Gishoma et Blackelaire, 2008; Mujawayo et Belhaddad 2005). La première étape de la psychoéducation consiste à expliquer à l'individu son état actuel de santé et les symptômes du TSPT, en lien avec l'ÉT. C'est pourquoi l'intervenant débute en normalisant et en légitimant le TSPT : Cet état est une réaction normale à la suite d'un ÉT vécu (APA, 2000; Schauer et al. 2005). En reprenant l'exemple de la malaria (l'une des maladies les plus fréquentes au Rwanda), l'intervenant explique à l'individu l'origine, le développement et les conséquences du TSPT. En comparant la malaria au TSPT, il a comme objectif d'aider l'individu à bien comprendre son état de santé actuel : la malaria est une maladie causée par une piqure de moustique. Les microbes entrent dans son organisme, se développent et l'individu commence à manifester des symptômes physiques (vertige, maux de tête, fièvre, nausée et vomissement). Il est alors temps de se faire soigner, sinon la maladie s'aggrave et peut entraîner la mort. Avoir les symptômes de la malaria est une réaction normale et prévisible. Qu'en est-il avec le TSPT? Vivre, être témoin ou entendre un ÉT peut être considéré comme la piqure d'un moustique. Tout comme la fièvre et les maux de tête sont des effets physiques liés à la malaria, les symptômes liés au TSPT qui apparaissent après avoir vécu un ÉT, tels les cauchemars, les reviviscences ou la diminution du niveau de fonctionnement, sont tout aussi normaux.

Puisque la malaria non traitée peut entraîner la mort, le TSPT non traité peut à son tour entraîner des problèmes relationnels ou le développement d'autres troubles

psychiatriques pouvant conduire à la mort, comme le suicide (Brillon, 2010). L'individu peut également éprouver une détresse émotionnelle généralisée et de multiples perturbations importantes et persistantes sur le plan physique, émotionnel et cognitif. Dans le cas du TSPT, on observe aussi des réactions physiologiques graves et la victime se sent terrifiée et impuissante (Brillon, 2010; Schauer, Neuner et Elbert, 2005). Nous pensons que la comparaison effectuée par l'intervenant entre la malaria et le TSPT permet à l'individu de comprendre que ses symptômes sont le résultat de son vécu traumatique.

5.2.2 Présentation d'un modèle théorique

L'intervenant présente à l'individu un modèle explicatif des symptômes du TSPT (origine, développement et conséquences). Le modèle TCC de Ehlers et Clark (2000) est alors expliqué clairement à l'individu (voir 2.1.2). Ensuite, l'intervenant lui demande - de remplacer les éléments du modèle explicatif par ses propres expériences. Cela permet à la personne de s'approprier son propre vécu, ce qui lui permet de comprendre ses symptômes.

5.2.3 Information sur les facteurs de risque et de protection

Il est important pour un Rwandais ayant des symptômes du TSPT de comprendre les facteurs de risque et de protection liés à ce trouble. La compréhension de ces facteurs de risque et de protection permet de comprendre pourquoi certaines personnes ont des symptômes post-traumatiques, tandis que d'autres, qui ont vécu les mêmes événements, n'en ont pas. Ainsi, savoir que d'autres personnes peuvent présenter les mêmes symptômes permet à l'individu de ne plus se sentir coupable, honteux ou impuissant face à sa situation.

Il est donc primordial d'informer et d'expliquer à l'individu que toutes les personnes ayant vécu l'ÉT ne développent pas le TSPT (Guay et Marchand, 2006; Brillon, 2010; Gakuba, 2004). Dans le cadre de ce mémoire, l'intervenant et l'individu analysent ensemble les facteurs de risque pouvant avoir contribué au développement du TSPT. Les *facteurs de risque* chez les Rwandais peuvent notamment être le fait d'avoir été exposés à la mort ou à la torture, le sentiment de vide et le deuil compliqué, la honte et la culpabilité, la perte de confiance en soi et dans les autres, la solitude et le silence, la transgression des valeurs, la perte de l'espoir en l'avenir, etc.

Pour ce qui est des *facteurs de protection*, l'intervenant aborde notamment les raisons de vivre, l'acceptation et la persévérance, la détermination, le courage et les rêves de vie, l'optimisme, la confiance en soi, l'estime de soi et l'indépendance. Il est aussi question de la foi ou de la spiritualité et des compétences personnelles et interpersonnelles.

5.2.4 Information sur les critères diagnostiques

Il est difficile pour les Rwandais de distinguer le TSPT des autres troubles mentaux. Pour la plupart des Rwandais, tout ce qui est en rapport avec les problèmes de santé mentale est considéré comme étant de « la folie ». Il est donc nécessaire d'expliquer à l'individu pourquoi ces symptômes correspondent bel et bien au TSPT. Par la psychoéducation et en utilisant les exemples concrets de ce que l'individu connaît, l'intervenant explique que lorsque l'individu a de la fièvre, ça pourrait être la malaria ou une autre maladie physique, comme la pneumonie par exemple. Puisque plusieurs maladies physiques peuvent avoir les mêmes symptômes, il est difficile pour l'individu de savoir exactement ce dont il souffre, c'est pour cela qu'il va à l'hôpital. Le médecin, qui connaît bien les différents symptômes des différentes maladies, doit déterminer exactement ce dont la personne souffre. C'est la même chose pour les maladies

mentales. À cette étape, le tableau résumant les six critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000) est présenté à l'individu (voir 2.1.4). L'intervenant peut continuer en lui montrant qu'à la suite du manque d'informations sur les problèmes de santé mentale, la plupart des Rwandais pensent qu'il n'existe qu'une seule maladie mentale, « la folie ». Or, même si certaines maladies mentales peuvent avoir des symptômes semblables, elles sont en fait différentes. Ceci éclaire l'individu quant à la question de stigmatisation envers les gens qui ont des problèmes de santé mentale et démontre l'importance de consulter un intervenant pour déterminer ce dont souffre réellement l'individu. Une fois expliqué, l'individu essaie de compléter le tableau avec ses propres symptômes, afin de s'approprier la situation et de bien comprendre le phénomène qui lui est arrivé.

5.2.5 Conséquences du TSPT

L'individu doit savoir aussi qu'en plus des symptômes post-traumatiques, il peut avoir d'autres problèmes de santé (physique ou psychologique) associés au TSPT. Par exemple, la plupart des Rwandais sont restés avec des séquelles physiques liées à l'ÉT. En fait, ces séquelles peuvent être associées aux symptômes du TSPT dans le sens qu'ils peuvent constituer des rappels constants de l'ÉT (Brillon, 2010). L'explication claire et compréhensible de la relation du TSPT avec d'autres problèmes de santé mentale permet enfin à l'individu de bien comprendre son état de santé et de diminuer la culpabilité et la détresse qu'il éprouve.

Dans le contexte rwandais, la personne ayant un TSPT éprouve des *difficultés relationnelles* (Gishoma et Blackelaire, 2008; Kanyangara, Rimé, Philippot et Yzerbyt, 2007; Mujawayo et Belhaddad, 2005; Ndayambaje, 2001). Selon Brillon (2010), cette situation serait fréquente chez les individus ayant vécu des violences interpersonnelles.

Dans ce cas, l'individu a de la difficulté à faire confiance aux autres et vit son traumatisme dans le silence et l'isolement total. Pour faciliter la compréhension de ce que vit l'individu, l'intervenant peut évoquer avec lui la destruction des trois principes qui définissaient le sens d'exister d'un Rwandais: Kubaho [vivre], Gutunga [posséder] et Gutunganirwa [vivre heureux, tranquille en paix, dans la prospérité]. L'intervenant peut aussi aborder la question de croyances et des éléments culturels, tels les chansons, les proverbes et les contes, qui encouragent les individus à garder le silence et à vivre leurs traumatismes à l'insu de tout le monde. Cela permet à l'individu de comprendre que sa culture et ses croyances ont eu un impact sur son comportement actuel envers l'entourage et vice versa.

La mort et le deuil sont aussi abordés. En effet, ces derniers peuvent être associés à l'apparition du TSPT (Millet, 2002). Tout comme dans d'autres cultures, les Rwandais avaient élaboré une série de rituels (pour le défunt et pour les endeuillés) permettant de se séparer des morts et d'arriver dans le monde des ancêtres.

Dans le Rwanda traditionnel, il existait une catégorie de défunts qui, pour différentes raisons (l'absence de funérailles et de rites funéraires; individus morts de façon subite, insolite et mystérieuse) ne sont pas parvenus à l'état d'ancêtres. Ils sont alors condamnés à errer et à souffrir. Ce sont des revenants « abagwagasi » qui, d'une façon ou d'une autre, peuvent perturber l'harmonie des vivants. Selon Ndabavunye (2005), certains Rwandais qui y croient encore attribuent leurs problèmes aux défunts qui, lors du génocide, n'ont pas pu subir tous les rituels funéraires nécessaires pouvant les aider à se reposer en paix et qui continuent à perturber l'harmonie des vivants. Avec le christianisme, certains Rwandais assistent les chrétiens sur leur lit de mort en leur donnant des sacrements dans le but de les purifier de leurs péchés. Pour aider les âmes souffrantes, certains pratiquent aussi des actions de charité, des pèlerinages et surtout des messes. Les endeuillés font des prières ou des demandes à la Vierge Marie ou aux saints d'intercéder en leur faveur pour leur donner accès à l'éternité. Le but est de

supplier « Dieu » pour qu'Il pardonne au mourant ses péchés et accueille son âme. Les vivants font aussi un bel enterrement, une belle tombe, des visites répétées au cimetière, des chants, des prières et prennent une période de deuil (Millet, 2002; Mungwaraba et Ntezimana, 1997).

Selon Millet (2000), les rituels funéraires ont pour fonction d'assurer le bon passage du défunt et son accès au monde des ancêtres. Il souligne que ces rituels apaisent l'angoisse des survivants face à la mort en canalisant les émotions par ces pratiques intergénérationnelles et permettent ainsi aux vivants de se déculpabiliser. Les rituels de deuil permettent aussi à la communauté de témoigner du soutien et de l'affection à l'endeuillé. Ils permettent aussi à l'endeuillé de faire son travail de deuil. C'est le moment pour lui d'exprimer sa souffrance, de verbaliser ses ressentis, de laisser éclater ses sentiments de peine, de colère et de recréer une nouvelle relation avec le disparu. Or, lors du génocide et de la guerre, aucun rituel n'a été observé. Les gens ont été tués sauvagement, sans qu'il y ait possibilité de les enterrer avec dignité. De plus, personne ne pouvait exprimer ses émotions ou son soutien ou l'affection envers les endeuillés. Ce fait pourrait être à l'origine des deuils non faits qui sont associés au TSPT chez les Rwandais (Gishoma et Blackelaire, 2008; Kanyangara, Rimé, Philippot et Yzerbyt, 2007; Mujawayo et Belhaddad, 2005; Munyandamutsa, 2001; Munyandamutsa, 2008).

La psychoéducation peut porter sur d'autres éléments, selon chaque cas. Si par exemple, un individu manifeste de la peur et de l'incompréhension d'avoir inversé des rituels funéraires en déterrants les morts pour les enterrer avec dignité, la psychoéducation insistera sur l'importance d'effectuer des rituels funéraires. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si l'individu éprouve de la peine face à l'inhumation et exhumation des corps, l'intervenant pourrait orienter la psychoéducation en évoquant, par exemple, les différences en matière de croyances et le respect de l'autre selon sa croyance. Si un autre individu manifeste de la colère face au fait que ceux qui ont perpétré les massacres ou autres délits ne sont pas tous punis, l'intervenant pourrait

focaliser la psychoéducation sur la normalisation de cette colère et sur le rôle de la justice dans le maintien et le développement du TSPT.

Pour les Rwandais qui ont vécu en exil à la suite de la guerre, il importe de focaliser la psychoéducation, non seulement sur le deuil de pertes humaines et matérielles, mais aussi sur la *vie difficile en exil*. Selon Gakuba (2004), les effets psychologiques de la guerre sur les victimes résultent, d'une part, d'une problématique de deuil ou de séparation (perte d'un parent ou d'un frère, populations réfugiées ou déplacées). D'autre part, ils sont le résultat d'un vécu traumatique, (ces traumatismes étant attribuables à la présence directe de la personne sur la scène des affrontements comme ayant été lui-même victime d'un acte pouvant entraîner la mort, être témoin oculaire de la mort des autres ou assister à des bombardements). L'exil aggrave les traumatismes liés à la guerre. On observe la perte du statut social des réfugiés, les conditions de vie difficiles (p. ex. l'insécurité relative à l'absence de logement et absence de revenus suffisants pour prendre soin de soi-même et des autres personnes à sa charge). Dans certains cas, les réfugiés éprouvent aussi la peur d'être expulsés par le pays d'accueil. Cela peut être associé à des traumatismes psychologiques chez les réfugiés. La psychoéducation constitue l'élément important de la TEN adaptée pour les Rwandais. Elle peut se poursuivre, même dans la partie d'intervention proprement dite, après avoir exploré en profondeur le vécu traumatique de l'individu. C'est à ce moment que l'intervenant saura sur quels éléments mettre de l'importance pour aider l'individu.

5.3 Intervention

5.3.1 Objectifs

Par la TEN adaptée au contexte rwandais, l'individu aura une bonne compréhension du TSPT et sera capable de faire un lien entre l'ÉT et les symptômes actuels. En outre, la TEN adaptée permettra une diminution des symptômes du TSPT.

5.3.2 Déroulement

1) La préparation du récit. Ce moment est crucial lors de l'intervention, puisqu'il permet de construire une alliance solide entre l'intervenant et l'individu. L'intervenant donne une brève explication du déroulement de l'intervention. Il rappelle à l'individu la différence entre l'intervention TEN et d'autres méthodes d'intervention (la médecine, par exemple). Il lui rappelle également la nécessité d'être actif tout au long de l'intervention et d'avoir du courage pour pouvoir affronter son passé traumatique. L'intervenant fait aussi un rappel des conséquences pouvant surgir par l'évocation du passé. Au cours du processus, l'individu est libre de poser des questions, ce qui permet de rendre la situation plus claire pour lui, mais aussi d'informer l'intervenant sur le comportement d'évitement qu'il pourrait avoir.

2) La ligne de vie. L'individu raconte son histoire personnelle et familiale, avec le plus de détails possible, depuis sa naissance jusqu'au moment présent. Il parle de sa croissance et de sa relation avec les membres de sa famille, de ses expériences, positives et négatives. L'intervenant écoute, tout en notant les moments négatifs de l'histoire, ainsi que les émotions qu'éprouve l'individu. Cela lui permettra de savoir sur quel point

il doit insister lors de l'intervention. Il enregistre le récit qui sera transcrit et lu à l'individu afin de pouvoir effectuer les corrections et les modifications nécessaires. À la fin de la session, l'intervenant fait un bref résumé du récit pour des modifications et/ou des ajouts. Il mentionne aussi les émotions qu'il a observées, demande à l'individu si ce sont les mêmes émotions que celles qu'il a éprouvées lors de l'ÉT. Sur une échelle de 0 à 10, l'individu donne une note correspondant au niveau de l'intensité de ses émotions. Cette façon de fonctionner permettra de faire tout au long du récit une évaluation quant à l'augmentation ou la diminution des émotions de l'individu.

Comme les émotions fortes peuvent mettre l'individu mal à l'aise et amener à l'abandon de l'intervention, l'intervenant procède à la normalisation des émotions. Il lui rappelle aussi l'importance de parler de l'ÉT (libérer des émotions) et des conséquences de se taire (la culpabilité, l'isolement ou la présence des troubles comorbides).

3) Le récit autobiographique et exposition. Au début de la séance, l'intervenant s'informe de ce qui est arrivé à l'individu depuis la dernière rencontre : l'individu a-t-il eu des cauchemars? des pertes d'appétit? des pertes de motivation? Qu'est-ce qu'il a pensé de l'intervention et de la dernière séance? A-t-il rencontré des situations semblables à l'ÉT? Quelle a été sa réaction? Pour évaluer l'intensité des émotions face aux situations qui rappellent l'ÉT, l'intervenant lui demande de se donner une note sur une échelle allant de 0 (pas d'émotions) à 10 (trop d'émotions). Cette façon de faire fournit de l'information quant à la motivation de l'individu et à la gestion des symptômes, en dehors des séances d'intervention. Cela peut aussi donner des informations sur les stressors se trouvant dans l'environnement de l'individu. Par exemple, s'il raconte avoir eu des cauchemars ou des peurs en rapport avec l'ÉT, sans qu'il ait rencontré une situation qui lui rappelle cet événement, l'intervenant lui rappelle que cela est normal, puisque la dernière séance l'a exposé à l'ÉT au niveau cognitif.

L'individu peut aussi éprouver de la peur, ainsi que de la tristesse. Ces émotions peuvent surgir à cause des sentiments d'avoir mal agi en racontant son histoire, puisqu'au Rwanda, on ne parle pas lorsque l'on a vécu un ÉT « ubonye ntavuga », c'est-à-dire « celui qui a vécu des choses horribles n'en parle pas ». L'intervenant en profite pour revenir sur la psychoéducation des facteurs stressants, cognitifs ou environnementaux, sans oublier le rôle de la culture dans le développement, ainsi que dans le maintien des symptômes.

L'intervenant poursuit la séance en faisant un résumé du récit de l'individu. Signalons que lorsque ce dernier fait sa ligne de vie, l'intervenant doit procéder à l'identification des ÉT qui ont marqué la vie de l'individu. À la suite du résumé, l'intervenant commence l'exposition aux ÉT en débutant par le premier ÉT qu'a vécu l'individu. Ainsi, il évoque l'ÉT pour que l'individu puisse en donner tous les détails et exprimer les émotions qui en découlent. L'intervenant lui pose des questions pour faciliter le récit. Si l'individu est submergé par les émotions négatives, l'intervenant essaie de le ramener au moment présent. Si l'individu semble oublier un élément important de l'ÉT, l'intervenant ne doit pas le forcer à se souvenir. L'intervenant doit d'abord s'assurer que ce n'est pas un comportement d'évitement. S'il tel est le cas, il en profite pour lui parler des conséquences de l'omission de certaines parties de son histoire sur le déroulement de l'intervention et la diminution des symptômes post-traumatiques. Si ce n'est pas le cas, il lui rappelle que c'est normal en cas de TSPT de ne pas être en mesure de raconter son histoire d'une façon cohérente ou d'oublier certaines informations, puisque la mémoire n'a pas été en mesure d'intégrer convenablement ces informations traumatiques. L'intervenant doit s'assurer que la structure de peur chez l'individu est activée, puisque c'est une façon de susciter des émotions longtemps refoulées. Il s'agit ici du récit de la mémoire vive. L'intervenant incite l'individu à verbaliser toutes les émotions qu'il ressent. Il en profite alors pour connaître celles qui perturbent le plus l'individu, afin d'y consacrer davantage de travail. À l'aide de son observation, il fait

aussi un « feedback » des comportements de l'individu, dans le but de l'encourager à poursuivre son récit.

Si le récit de l'individu contient plusieurs ÉT, la séance suivante consistera à résumer le récit et à revenir au premier ÉT. Dans ce cas, l'intervenant répétera plusieurs fois les détails de cet événement et demandera à l'individu s'il n'y a pas quelque chose à ajouter ou à retirer. L'intervenant évoque alors le deuxième ÉT et procède alors comme pour le premier. Il pose des questions pour avoir plus de détails et fait des observations et des commentaires sur les comportements de l'individu. L'objectif n'est autre que d'aider la personne à fournir tous les détails possibles de l'ÉT. Durant le processus, l'intervenant ne doit pas juger, ni montrer qu'il n'est pas d'accord avec cette histoire et évite que l'individu soit submergé par le passé. Lorsque les émotions du passé submergent l'individu, l'intervenant doit le ramener au présent et cela, par la psychoéducation sur la situation actuelle.

5.4 Séances subséquentes

Le nombre des séances subséquentes dépendra du nombre des ÉT que l'individu a vécus et de sa façon de gérer les émotions présentes. À chaque séance, l'intervenant doit s'assurer que la peur et les émotions aient diminué à la fin des séances. Il importe d'attendre *que l'individu raconte la période de l'après ÉT* avant de mettre fin à la session. Il est aussi souhaitable d'apprendre à l'individu à entrer en contact avec son corps et ses émotions en dehors de l'intervention. Dans ce cas, certaines activités permettant d'évaluer l'état mental de l'individu sont proposées. C'est important d'utiliser des activités du Rwanda et de voir les outils qui lui sont accessibles afin de réaliser ce qui lui est demandé. L'objectif est de garder l'individu dans son contexte culturel et à montrer que parfois, la solution aux problèmes n'est pas aussi loin qu'on le

pensait. Ainsi, en présence d'une situation qui suscite des souvenirs traumatiques et qui engendre des émotions douloureuses, l'intervenant lui demande, par exemple, de ramasser une pierre. Si la situation n'engendre pas des réactions douloureuses, l'intervenant lui demande de ramasser une feuille d'arbre ou une fleur, n'importe quoi qui pourrait avoir une signification positive ou encore que tout va bien. Ainsi, à la prochaine séance, ils pourront regarder ensemble les situations que l'individu a rencontrées et, en comptant le nombre d'objets ramassés, l'intervenant pourra avoir une idée du niveau de réaction et de gestion face aux souvenirs traumatiques.

5.5 Plan d'avenir et fin de l'intervention

À la fin de l'intervention, l'intervenant devrait observer chez l'individu une diminution des symptômes liés aux souvenirs de l'ÉT ou en présence des situations semblables à l'ÉT. L'individu devrait aussi trouver une certaine signification à l'ÉT et devenir capable d'expliquer certains mécanismes en jeu lors du TSPT à partir du modèle théorique.

L'intervenant fait de nouveau un résumé du récit et l'individu procède aux dernières corrections ou modifications. L'individu devrait manifester un certain niveau d'habituation face aux émotions et à leur gestion efficace lorsqu'il évoque l'ÉT. Ces informations sont obtenues en regardant les informations notées à chaque séance sur le nombre des objets ramassés ou sur les échelles de 0 à 10 complétées. L'individu répond également aux questions de l'entretien psychologique du TSPT utilisées au départ pour diagnostiquer le trouble. L'intervention se termine avec la signature du document par les deux parties concernées et par la remise des copies aux personnes concernées.

Afin d'éviter la souffrance et la désorganisation prolongées, deux sessions par semaine sont proposées tel que suggéré dans la TEN original (Schauer, Neuner et Elbert, 2005, 2010). Comme la TEN adaptée est une forme d'intervention sur mesure, le nombre de séances par semaine, voire par la durée de l'intervention pourrait varier selon chaque personne et la gravité des symptômes. L'intervenant doit aussi prévoir des séances pour le suivi post-traitement et ce, sur mesure. Celles-ci pourraient être déterminées par les groupes d'individus ayant reçu de l'aide par la TEN adaptée. Le but est de partager leurs expériences de l'intervention, mais aussi de s'exprimer sur la façon dont ils affrontent la vie après l'intervention.

CHAPITRE VI

RÉSULTATS II. VALIDATION DE LA TEN AU CONTEXTE RWANDAIS

6.1 Rappels

Un groupe de discussion a rassemblé 12 personnes et a duré environ trois heures. Huit participants rwandais ont été recrutés par l'auteure de ce mémoire par l'entremise de monsieur Charles Uzarama, le président de l'Association des Rwandais vivant à Montréal (ARM). En plus de l'auteure, trois observateurs, membres du Laboratoire de recherche sur la dépression et les conduites suicidaires de l'UQAM, ont également participé aux discussions.

Nous avons procédé à l'analyse des résultats obtenus à partir de quatre sujets élaborés au préalable. Ces derniers abordaient principalement les différentes méthodes utilisées dans la TEN adaptée (psychoéducation et exposition en imagination) et de l'utilisation des éléments culturels rwandais dans le processus d'aide. Ils parlaient aussi du rôle actif que peut jouer un Rwandais tout au long de l'intervention avec la TEN adaptée ainsi que sa pertinence au Rwanda.

Tel que décrite aux pages 71 à 82, l'analyse des résultats a été réalisée selon cinq étapes proposées par Vaughn, Schumm et Sinagub (1996). Nous avons tout d'abord cherché les principales idées évoquées généralement tout au long des discussions. Deuxièmement, nous avons regroupé les différentes informations se trouvant dans un même thème et qui répondaient bien à chaque idée principale. C'est la formation des unités d'information. Puisque certaines informations pouvaient être dispersées dans

différents thèmes, nous avons, en troisième lieu, formé des catégories, en mettant ensemble toutes les informations relatant la même idée, se retrouvant dans différents thèmes. Ensuite, la tâche suivante consistait à comparer les catégories avec la direction de la recherche et enfin, nous avons regroupé ces catégories en thèmes.

À la fin de l'analyse, nous avons ressorti cinq thèmes. Le premier contient les idées portant sur la confiance et l'engagement; le deuxième parle des méthodes utilisées; le troisième regroupe les idées sur l'importance d'utiliser les éléments culturels dans la TEN adaptée; le quatrième thème analyse le rôle de l'individu; et enfin, le dernier thème traite de l'importance de la TEN adaptée au Rwanda. Les résultats qualitatifs ci-dessous illustrent les idées des participants et observateurs sur chacun de ces thèmes. Certaines difficultés pouvant y être associées ont également été relatées. Des pistes de solutions à ces difficultés ont aussi été présentées. Dans certains cas, les illustrations de citations anonymes des différents participants sont présentées.

6.2 Rapport des discussions

Dans la partie qui suit, les résultats issus du groupe de discussion sont présentés, thème par thème. Les informations issues de l'échelle de validation de thèmes ainsi que le carnet de note ont aussi été tenues en considérations. Sur l'échelle de validation, tous les participants ont répondu positivement sur les quatre thèmes portant sur la méthode de la TEN adaptée ainsi que sa pertinence. Malgré cela, dans leurs commentaires, cinq participants ont manifesté leurs doutes quant à la manière de mener l'intervention, selon le contexte socioculturel et politique du Rwanda. Un seul participant se questionnait aussi sur la façon dont une seule intervention pourrait être utile, voire efficace pour les individus ayant vécu des histoires complètement différentes, parfois opposées (p. ex. être boulot ou victimes). Ce rapport renferme les propos des participants et des

observateurs, de leurs doutes et inquiétudes, sans oublier les pistes de solutions proposées par ces derniers. Pour les données brutes, consulter l'annexe E.

6.2.1 Thème 1. Confiance et engagement de l'individu

Une bonne présentation et une bonne explication du TSPT et de la TEN adaptée permettront à l'individu d'avoir confiance en l'intervenant et de s'engager dans le processus d'aide.

Tous les participants de la recherche affirment que le pilier de la confiance en l'intervenant, ainsi que l'engagement de l'individu résident dans la partie introductive, soit la présentation et l'explication de la méthode utilisée.

a) Présentation

La présentation de l'intervenant est nécessaire parce que son travail diffère de celui des autres professionnels de la santé dans le milieu de vie. En effet, la psychothérapie au Rwanda existe, mais ce n'est pas populaire. La première tâche de l'intervenant est alors de se faire connaître. Pour ce faire, il doit partir d'exemples concrets et faciles à comprendre. La médecine peut servir d'exemple, étant une science généralement connue au Rwanda. En effet, la plupart des Rwandais pensent que seul le médecin guérit. En établissant une comparaison entre ce que fait le médecin et ce que fait l'intervenant par la TEN adaptée, un Rwandais pourra facilement comprendre les limites de chaque spécialiste et voir comment ils sont complémentaires. « Les Rwandais savent que les médecins ne peuvent pas toujours tout guérir. L'individu va alors consulter des guérisseurs traditionnels ou voir des religieux pour prier pour lui... », souligne un participant. Rappeler à l'individu cette situation peut lui faire prendre conscience des limites de la médecine. « ...Si je préfère aller chez les guérisseurs ou

dans les groupes de prière, pourquoi ne pas essayer la psychothérapie? », souligne un autre participant. L'intervenant se présente alors comme un aidant distinct du médecin, du guérisseur ou du religieux.

Les participants soulignent également que lors de la présentation, il faut aussi tenir compte de la culture, dans le but d'aider l'individu à se sentir à l'aise et aussi à avoir confiance en l'intervenant.

Personne n'aime qu'on le mette dans un groupe reconnu comme négatif. Si, par exemple, l'intervenant dit à l'individu qu'il aide les gens qui ont des problèmes de santé mentale, l'individu peut penser que l'intervenant veut le mettre dans une catégorie des gens qui ont perdu la raison, précise un participant.

Or, dans la culture rwandaise, les gens n'aiment pas qu'on les qualifie ainsi et ils se méfient de la personne qui les traite de cette façon. Aussi, l'intervenant doit s'attendre à ce que l'individu le voit à travers « la loupe ethnique ». Par exemple, l'individu le considère-t-il comme un Hutu qui a peut-être participé au génocide ou qui n'a rien fait pour sauver les Tutsis, ou encore le voit-il comme un Tutsi qui a fait emprisonner les membres de sa famille lors des juridictions Gacaca? Dans ces situations, l'individu entretient des idées préconçues, a des préjugés ou encore cherche à s'identifier à l'intervenant à travers la loupe ethnique. L'intervenant doit donc expliquer qu'il est là pour tous les Rwandais ayant un TSPT, sans aucune exception.

b) Explication

Les participants soulignent que l'explication de la méthode signifie la transmission de l'information et, « dans toutes les situations, avoir de l'information est nécessaire pour assurer le déroulement des choses », dit un participant. Pour nous, le fait d'expliquer la méthode à l'individu permettra, entre autres, de dénouer les croyances face à la

médecine ou aux interventions traditionnelles ou religieuses. En effet, la plupart des Rwandais sont habitués à une médecine avec des médicaments. Ils ne comprennent pas ou ils comprennent mal les effets des interventions psychothérapeutiques. Ils pensent que mis à part le médecin, personne d'autre ne peut aider un individu à aller mieux sans prescrire des médicaments. Cependant, les Rwandais sont conscients qu'il existe des maladies pour lesquelles la médecine ne peut rien. Dans ces cas, certains ont recours à la prière, d'autres aux guérisseurs traditionnels. Rares sont ceux qui vont chez un intervenant en santé mentale (Ndabavunye, 2005). L'un des participants explique que l'une des raisons qui fait que les Rwandais pensent rarement à une intervention psychologique est que « les Rwandais en général croient difficilement aux effets pouvant découler d'une psychothérapie. Ils doutent fort que l'individu puisse avoir une diminution de ses symptômes par le simple fait de parler de ses problèmes... ».

Un autre participant affirme que « Cette mentalité envers le médecin et les médicaments remontent à plusieurs années ». C'est après le génocide que de nombreux Rwandais ont commencé à se questionner sur les méthodes habituelles d'intervention à la suite de différents troubles et comportements jamais vus auparavant (Gishoma et Blackelaire, 2008). Nous pourrions dire qu'avant le génocide de 1994, les Rwandais n'avaient pas assez d'information quant à l'intervention psychologique et de son importance pour promouvoir le bien-être de la personne. Dans la présente étude, le fait d'expliquer la méthode, de donner l'information permettra à l'individu de comprendre que la santé ne se limite pas uniquement au côté physique. Expliquer la méthode de la TEN adaptée permet à l'individu d'apprendre et de comprendre qu'il y a d'autres manières d'aborder la santé, en misant sur le côté mental. Tenant compte de sa situation actuelle et de l'image que celui-ci donne dans son entourage, en ayant aussi connaissance de la nouvelle méthode d'intervention qu'est la TEN, l'individu pourra se dire « Aaah! On a quelque chose pour nous aussi, c'est bien, on a pensé à nous aider... », dit un participant. « ...Comme ça, l'individu s'engage en sachant dans quoi il s'embarque... », poursuit-il.

Se présenter et expliquer la méthode constitue également une « formule » de politesse pouvant conduire à la création des liens de confiance. Selon les participants, cette dernière est jugée importante pour que l'individu puisse s'engager dans le processus thérapeutique. En effet, expliquer la méthode peut permettre à l'individu d'avoir une certaine perception sur la capacité d'aider de l'intervenant. Cela peut permettre à l'individu de voir l'intervention autrement, surtout en ce qui a trait aux effets d'une intervention psychologique. En effet, les Rwandais étaient habitués à la médecine où la première chose qu'on fait à la rencontre avec le médecin est de répondre à ses questions, telles « Quel est ton problème? Comment te sens-tu? À quel moment le problème a-t-il commencé? » On croit que cette façon de faire mène certains individus à percevoir l'aidant comme une personne supérieure, qui pose des questions dans le but de trouver lui-même les réponses ou qui donne des ordres. Or dans la TEN adaptée, la relation « aidant » et « aidé » est différente de celle à laquelle les Rwandais sont habitués. Dans la TEN adaptée, l'intervenant se met au niveau de l'individu, c'est une relation d'égal à égal et on encourage plutôt une relation de complémentarité et d'égalité. Ainsi, ensemble, ils vont essayer de trouver la solution au problème. Dans la TEN adaptée, l'individu doit comprendre que l'intervenant n'est pas là pour lui dicter ce qu'il doit faire sans que l'individu sache pourquoi il doit le faire, d'où la nécessité d'expliquer la méthode.

Bref, avec la TEN adaptée, il est important d'expliquer la méthode, non seulement dans le but d'aider l'individu à comprendre ce que l'intervenant attend de lui, mais aussi pour l'aider dans la prise de décision de poursuivre ou d'abandonner l'intervention. L'intervenant doit lui accorder du temps d'écoute et d'échange afin d'éclairer la compréhension de l'individu. Ils travaillent ensemble pour améliorer son état de santé psychologique actuel. Ainsi, l'explication de la méthode permettra d'augmenter chez ce dernier le sentiment d'être compris et son intérêt à l'intervention. Cette façon de voir

l'intervention pourra favoriser chez l'individu la confiance envers l'intervenant et l'engagement à poursuivre l'intervention.

En résumé, tous les participants sont d'accord à ce que dans la TEN adaptée, l'intervenant se présente et explique sa méthode de travail pour assurer un bon déroulement de l'intervention. Cependant, les participants proposent que l'intervenant tienne compte de certains éléments pouvant empêcher un Rwandais de s'engager dans un processus thérapeutique. Ces éléments sont entre autres :

1) Le manque de confiance : Les participants ont souligné qu'au Rwanda, les gens ne se révèlent pas facilement, surtout quand il s'agit de leur vie privée. Cela pourrait être lié en partie à la situation politico-sociale du Rwanda, souligne un participant. En effet, le génocide de 1994, ainsi que l'exil de milliers de Rwandais, ont laissé la plupart des gens méfiants les uns envers les autres (Ndayambaje, 2001). Certains Rwandais ne sont pas à l'aise de raconter ce qui s'est passé. L'un des participants souligne que « si l'intervenant arrive avec sa nouvelle méthode fondée sur le récit de vie, il se peut que certains individus le perçoivent comme un enquêteur déguisé en aidant... ». L'individu lui attribue donc un « chapeau » (un agent du gouvernement, des partis en opposition au gouvernement, d'une ONG ou une personne indépendante, enquêteur de l'un ou de l'autre des deux partis). Ce « chapeau » peut influencer tout le reste de l'intervention. C'est donc à l'intervenant de bien se présenter et d'expliquer à l'individu qui il est et quels sont ses intérêts professionnels, dans le but de mettre de côté toute autre interprétation. Cette façon de faire pourra rassurer ou sécuriser l'individu et permettra probablement de gagner sa confiance.

Après le génocide de 1994, le comportement de méfiance est devenu de plus en plus important (Ndayambaje, 2001): les victimes connaissaient bien les bourreaux et, dans certains cas, ils cohabitaient. Certains bourreaux n'avaient aucun sentiment de culpabilité pour ce qu'ils ont fait et ne voulaient pas aider les victimes à régler leurs

problèmes. Même ceux qui n'avaient rien à se reprocher ne savaient plus quoi faire pour aider les victimes. Cela ne faisait qu'augmenter l'isolement et le repli sur soi.

Ce que les Rwandais ont vécu est lourd et inconcevable... Nous savons très bien que certains Rwandais ne sont pas à l'aise de raconter ce qu'ils ont vécu ou ce qu'ils vivent, car on peut se tromper de personne et raconter des choses à celui ou celle qui vous en voulait... Cela pourrait alors causer des ennuis non seulement dans l'entourage, mais aussi au niveau politique. On préfère alors se taire, dit l'un des participants.

L'expression rwandaise « *gucurangira abahetsi* » trouve ici sa place. Le rôle de « abahetsi » au Rwanda pourrait être équivalent à celui des « ambulanciers » dans le contexte occidental. L'expression « *gucurangira abahetsi* » peut alors se traduire littéralement comme « *jouer de la musique pour les ambulanciers* ». Ces derniers sont très occupés pour sauver la vie de quelqu'un, ce n'est donc pas le bon moment pour jouer de la musique, inutile de jouer pour eux, vous perdez votre temps, car ils ne vous écoutent pas. Pour les Rwandais, « *gucurangira abahetsi* » fait plus mal que de rester sans rien dire, d'où le silence total.

Ne comprenant pas très bien les problèmes de santé mentale, les Rwandais ont peur de raconter leurs histoires traumatiques ou de dire ce qu'ils ressentent à une personne, de peur d'être étiqueté « malade mental » et de subir des chantages quant à leur état de santé par les habitants du village.

La méfiance peut provenir aussi des juridictions Gacaca où, pour certains participants, « les Gacaca n'ont été qu'un moment de vengeances pour les uns et de vérité meurtrière pour les autres », souligne un participant. Que pourrait-il dire si l'individu découvre que son voisin avec qui il partageait la vie au village était parmi les génocidaires? Ou encore, quoi penser, lors des juridictions Gacaca, de ceux qui essayaient de se sauver en envoyant un innocent en prison?

À la suite des révélations surprenantes évoquées lors des juridictions Gacaca, certains jeunes ne comprennent pas comment les Rwandais ont pu aller jusque-là. Ayant grandi dans « une culture du secret », ces jeunes n'avaient rien entendu de la part de leurs parents ou d'autres adultes sur le pourquoi de la guerre et du génocide. Certains n'avaient jamais osé poser la question ou ceux qui ont eu le courage de le faire n'ont pas obtenu de réponse. Par le Gacaca, tout a été dévoilé et ces jeunes ont connu la vérité. Les participants trouvent cette situation inquiétante, car ils ne voient pas quel héritage les parents (ou les adultes) donneront à leurs enfants et comment ces jeunes vont réagir s'ils n'ont plus confiance aux adultes.

Les participants ont aussi constaté que certains jeunes rwandais manifestent de la méfiance envers les adultes. En effet, après le génocide de 1994, certains enfants orphelins se sont retrouvés dans des familles d'accueil. Certains ont été maltraités par les parents d'accueil. Ces derniers ont volé les biens laissés par les parents biologiques et ces enfants n'ont pas eu la chance de poursuivre leurs études. Ce qui est triste, c'est que dans la plupart des cas, ces jeunes avaient un lien de sang avec leurs parents adoptifs, leurs oncles, tantes ou grands-parents. Cette situation a fait que certains jeunes rwandais se sentent plus à l'aise avec les individus à l'extérieur de leur famille.

2) La peur : Comme au point précédent, les participants constatent que pour certains Rwandais, le fait d'apprendre que l'intervention ne consiste qu'à parler de leur vie, avec tous les détails possibles, c'est terrifiant. En fait, la TEN adaptée pourrait être perçue comme étant trop menaçante et les individus pourraient refuser d'y participer. Un participant rapporte :

Même si certains Rwandais ne vont pas demander de l'aide psychologique, ce n'est pas parce qu'ils ne trouvent pas que c'est important, mais c'est parce qu'ils ont peur de la méthode utilisée, soit de raconter des événements traumatisants vécus,...Imaginez-vous maintenant faire son récit autobiographique devant

quelqu'un d'autre, l'enregistrer et garder une copie... . Souvenez-vous que les Rwandais disent que « *akarenze umunwa karushya ihamagara...* » (Traduit littéralement « *ce qui est sorti de la bouche ne se rappelle plus....* »), dit un autre participant.

L'augmentation de la méfiance entre les Rwandais, fera en sorte qu'ils chercheront à savoir à qui ils ont affaire avant de raconter quoi que ça soit de leur vie, mais aussi ce qu'il adviendra de leurs récits.

3) Les croyances et perceptions face aux problèmes de santé mentale : Au Rwanda, la façon dont l'individu voit les problèmes de santé mentale et certaines maladies physiques, font que peu d'entre eux voudront dévoiler leurs problèmes. C'est très personnel, et pire encore, lorsqu'il s'agit d'un problème de santé mentale, c'est tabou. Ainsi, certains Rwandais préfèrent garder le silence parce qu'ils ne veulent pas que quelqu'un d'autre sache qu'ils ont un problème de santé mentale. Ils ne veulent pas qu'on les considère comme des gens qui ont perdu la « boule » ou qui ne sont pas capables de tenir bon en cas de difficultés.

4) Les problèmes de santé mentale non traités : « La maladie mentale est guérie lorsqu'on est mort... », affirme un participant. Ce dernier n'est pas le seul à croire cela. Les autres participants soutiennent également que depuis longtemps, les problèmes de santé mentale n'ont pas été soignés et les Rwandais avaient du mal à comprendre la maladie. Ne sachant plus quoi faire avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale, deux solutions s'imposaient : soit la famille cachait ses membres ayant les problèmes de santé mentale, soit ces derniers étaient abandonnés à eux-mêmes; ils erraient sur les collines jusqu'à ce qu'ils meurent dans des conditions horribles, de faim et de détresse. Très peu parvenaient à aller à l'hôpital psychiatrique. Signalons qu'avant le génocide de 1994, un seul hôpital psychiatrique desservait tous les Rwandais ayant

des problèmes de santé mentale (Munyandamutsa, 2008). Suite à la détérioration de la situation économique, l'accessibilité aux soins psychiatriques est devenue encore plus limitée. Cela s'ajoutait à la mentalité des Rwandais envers la maladie mentale (la personne est possédée ou elle a perdu la boule) (Mujawayo et Belladhad, 2005). Nous pensons que même ceux qui parvenaient à se faire soigner pouvaient faire une rechute parce qu'aucun suivi n'était assuré. Cette situation vient confirmer l'hypothèse qu'avaient certains Rwandais stipulant qu'« *on ne peut rien faire pour guérir la folie* », souligne l'un des participants. Toutes ces fausses représentations face aux problèmes de santé mentale constituent un handicap pouvant contribuer au manque d'engagement des Rwandais face au traitement psychologique.

Ce sentiment d'impuissance pour aider les individus ayant des problèmes de santé mentale a aussi été observé après le génocide de 1994, où plusieurs Rwandais n'ont pas cherché ou trouvé d'aide utile. Si les Rwandais manifestant des problèmes de santé mentale avaient été soignés à l'époque, ils auraient pu comprendre que c'était un problème de santé mentale, qui nécessite l'aide d'un professionnel. Ainsi, les Rwandais auraient appris à chercher de l'aide.

5) Le coût : Une autre question soulevée par les participants est de savoir si cette méthode sera disponible gratuitement ou s'il faudra que les individus paient les séances thérapeutiques. Beaucoup de Rwandais sont pauvres, certains ne mangent pas à leur faim, d'autres n'ont pas d'endroit où vivre. Tous ces gens ne voient pas leur avenir assuré, ce qui pourrait faire revivre les événements traumatiques vécus. Leurs priorités sont de trouver de la nourriture, un logement ou un emploi. En fait, la gratuité de l'intervention devrait déterminer le nombre des individus qui seront intéressés à aller chercher de l'aide.

Que faire alors pour que l'intervenant puisse surmonter ces difficultés et amener l'individu à bien s'engager dans un processus thérapeutique? La première chose que

l'intervenant de la TEN adaptée doit faire est de chercher à gagner la confiance des Rwandais. Sur ce point, les participants à cette étude proposent ce qui suit :

1) Garantir la sécurité et la confiance : L'individu doit être assuré que l'intervenant est là pour aider et non pour enquêter. En expliquant à l'individu qu'il existe des lois en rapport avec la transmission de l'information issue de l'intervention, cela pourrait le rassurer et augmenter son intérêt à poursuivre l'intervention. Cela pourrait également protéger non seulement l'individu, mais aussi l'intervenant. L'individu va comprendre que l'intervenant ne va pas divulguer son récit à n'importe qui et cela pourrait lui permettre d'enlever le « chapeau » qu'il donnait à l'intervenant.

2) Rassurer avec un formulaire de consentement constitue aussi un engagement de la part de l'intervenant et de l'individu. Cela vient compléter l'information en rapport avec les lois qui régissent la profession d'intervention psychologique. Elle constitue un contrat et « les Rwandais croient beaucoup aux papiers », souligne un participant. Ce formulaire dûment signé et sa remise à l'individu pourrait l'aider à gagner sa confiance. Si l'individu est informé que l'intervenant qui ne respecterait pas son engagement et la confidentialité pourrait être poursuivi en justice, il serait rassuré et cela faciliterait le déroulement de l'intervention. Ainsi, l'intervenant bâtit sa réputation et tout le monde va vite savoir qu'« avec cet intervenant, tout ce qu'on lui dit, personne n'est au courant.... », dit l'un des participants. L'intervenant doit donc se démarquer et tout le monde va le savoir et ils seront motivés à demander de l'aide.

3) Établir un lien entre les objectifs de l'intervention et ceux de l'individu. L'intervenant doit prendre connaissance de la motivation et des attentes de l'individu afin qu'ensemble, ils définissent les objectifs de l'intervention. Pourquoi l'individu est-il venu demander de l'aide? Qu'est-ce qu'il désire changer? Quels sont les moyens dont il dispose pour y arriver? « L'individu n'est-il pas venu dans l'espoir de recevoir de la

nourriture? Des médicaments ou un miracle, qui feront disparaître ses symptômes d'un seul coup? », souligne l'un des observateurs.

Au début de l'intervention, la motivation de l'individu doit être claire. Ensemble, l'individu et l'intervenant doivent regarder en quoi les objectifs de l'individu coïncident avec ceux de l'intervention. « C'est le lien entre les objectifs de l'intervention et ceux de l'individu qui déterminera l'engagement. », constate un autre observateur. Ayant devant lui quelqu'un qui dispose de différents problèmes d'ordre physiques, psychologiques et sociaux, l'intervenant doit lui réexpliquer en quoi consiste son travail et lui présenter des limites entre ce qu'il fait et le travail des autres professionnels de la santé et des services sociaux.

4) Miser sur un spécialiste. Cette idée a été proposée par l'un des participants. L'intervenant doit-il s'approcher de la communauté comme spécialiste ou comme aidant naturel pour essayer de créer un lien avec la population en général? Doit-il travailler en groupe ou en individuel pour pouvoir gagner leur confiance?

« ... C'est mieux de se confier à quelqu'un qui est complètement de l'extérieur que de quelqu'un de ta famille, parce que celui-ci n'a pas la méthode et que "le secret" est très important pour un Rwandais », souligne un participant. C'est aussi mieux de se confier à quelqu'un qui a fait des études dans ce domaine, que celui qui a suivi une formation de quelques jours ou quelques semaines. En effet, « les Rwandais croient à la capacité d'un spécialiste, aux connaissances qu'il a... », ajoute un autre participant. Ainsi, l'idée de former les gens à l'intérieur de la communauté n'est pas une bonne idée, parce que l'intervenant est un spécialiste qui a suivi des cours d'intervention pendant plusieurs années. Les Rwandais croient que sa façon de faire est supérieure à celle d'un individu qui a été formé en une semaine.

Comme expliqué précédemment, l'intervenant doit se démarquer dans tout ce qu'il fait et ce sont les individus qui ont reçu son aide qui pourront témoigner de la qualité de son intervention.

5) Sensibiliser la population. C'est un autre moyen pouvant être utilisé pour atteindre un grand nombre de Rwandais. Le but est de faire connaître la TEN adaptée et de sensibiliser la population rwandaise au TSPT, son origine, son développement et ses conséquences. La sensibilisation est aussi là pour informer la population qu'il y a quelqu'un, dans tel endroit, capable d'aider les gens qui ont le TSPT. La sensibilisation pourrait se faire à la télévision ou à la radio. « Cela doit être fait d'une façon comique, sans que quelqu'un se sente visé par ce qui est dit... », souligne un participant. « On pourrait s'inspirer de ce qu'on fait dans les émissions « *Musekeweya* » ou « *Urunana* »¹, souligne un autre participant. La publicité peut se faire aussi à travers des églises car, ces lieux rassemblent un grand nombre de Rwandais et, dans certains cas, la parole d'un prêtre ou d'un pasteur a une grande influence sur la population.

6) Travailler en collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Les Rwandais ont vécu des événements qui ont touché toutes les sphères de leur vie, affirment les participants. L'intervenant n'a pas intérêt à travailler d'une façon isolée; il doit être en relation avec d'autres professionnels de la santé (les travailleurs psychosociaux, les médecins, les organismes communautaires, etc.) afin d'orienter l'individu au besoin. « Les Rwandais ont l'habitude de normaliser les problèmes et se dire que le malheur ne vient jamais seul », souligne un participant. Cependant, l'intervenant pourra se servir de l'expression rwandaise « *nta mugabo wigira* », qui signifie que l'homme ne se suffit pas seul. Comme il existe plusieurs problèmes différents, il est normal qu'il y ait plusieurs façons de les résoudre et aussi plusieurs professionnels dans chacun des cas.

¹ « *Musekeweya* » et « *Urunana* » sont deux émissions radiodiffusées au Rwanda qui font passer les messages sur les différents programmes politiques et sociaux du Rwanda (par exemple les messages sur l'unité et la réconciliation, les nouveaux programmes gouvernementaux, tels la mutuelle de santé (forme d'assurance maladie au Rwanda), des programmes de lutte contre la pauvreté, des épidémies, etc.

L'intervenant analysera alors la situation et, en plus d'aider l'individu psychologiquement, il déterminera ce dont l'individu a le plus besoin en vue de l'orienter à une bonne ressource pouvant l'aider.

7) Associer la cause aux gens intègres en qui les Rwandais peuvent avoir confiance.

Au Rwanda, il existe des individus à qui la communauté fait confiance. Il s'agit des personnes intègres, ayant une bonne réputation, des personnes qui se démarquent par leurs actes et leurs idées. Ils sont des modèles, crédibles et aimés par leur entourage. Au Rwanda, certaines personnes faisaient ou font encore confiance aux religieux (un curé, un pasteur ou une sœur), aux enseignants, aux artistes ou encore à certaines personnalités politiques. Ces personnes sont des leaders et les autres membres de la communauté leur témoignent du respect et de la confiance. Lors de l'implantation de la TEN adaptée, on pourra s'associer à ces personnes, non seulement pour la faire connaître, mais aussi pour éviter qu'on puisse attribuer un « chapeau » quelconque à l'intervenant ou de se questionner à ce qu'il va faire avec des récits des individus. Sachant que l'intervenant travaille ou qu'il est connu par les personnes de confiance, l'individu pourra se sentir rassuré et avoir moins peur d'être trahi. Ainsi, cette façon de faire pourrait être un moyen de gagner plus de confiance, d'augmenter la chance que l'individu s'engage dans un processus thérapeutique et de pouvoir aider un grand nombre de Rwandais.

8) Démontrer les compétences de l'intervenant. Il ne suffit pas de s'associer à une personne réputée pour que la confiance soit gagnée et que l'intervention se déroule bien. La TEN adaptée étant une méthode d'intervention inconnue par les Rwandais, l'intervenant devra faire la preuve de ses compétences. La communauté devra constater le bienfait de suivre cette intervention. L'intervenant devra bâtir sa réputation à travers ceux qui viennent le voir. Ainsi, ceux qui éprouvent des problèmes d'ordre mental pourront venir le voir en ayant confiance qu'il pourra les aider à aller mieux. Soulignons qu'au Rwanda, l'information se transmet très rapidement, de bouche à l'oreille.

L'intervenant doit donc savoir que l'individu l'écoute et analyse ce qu'il lui dit, il l'observe dans tout ce qu'il fait et c'est cette façon de percevoir l'intervention et l'intervenant que l'individu pourra raconter à ses proches qui, à leur tour, vont le raconter à leurs amis; ainsi se propage l'information. Cela pourra contribuer à la création des liens de confiance avec le reste de la communauté.

Un autre participant souligne que l'intervenant pourra faire preuve de sa compétence lors de sa présentation. Il doit dire clairement à l'individu ce qu'il a fait comme études, et, si possible, de l'école, l'université ou le pays où il a étudié. « Cela n'est pas pour se vanter, c'est plutôt pour donner une idée à l'individu à qui il a affaire, car, au Rwanda, certaines écoles et universités ou même les diplômes de certains pays ont plus de réputations que d'autres », souligne un participant.

En résumé, il est important de se présenter et d'expliquer à l'individu la méthode, car c'est l'une des clés pouvant conduire à l'établissement du lien de confiance. À la suite de la guerre et du génocide qui ont laissé des sentiments de méfiance entre les Rwandais, ces derniers ont besoin d'avoir assez de confiance en l'intervenant pour qu'ils puissent s'ouvrir. La TEN adaptée est une forme d'intervention individuelle, elle vise en premier les Rwandais qui viennent chercher de l'aide et c'est avec eux que l'intervenant doit d'abord travailler à donner confiance. En faisant un travail sérieux avec eux, l'intervenant pourra gagner indirectement la confiance de l'entourage en changeant sa perception face à l'intervention. En effet, les Rwandais observent et tirent des conclusions à partir des faits réels. En observant l'amélioration dans la vie de quelqu'un qui suit la TEN adaptée, l'entourage pourra se dire que cette dernière est efficace. Les résultats observés chez l'individu ayant suivi la TEN adaptée pourront éliminer les doutes et les peurs liées à l'intervention. Quant aux autres Rwandais qui hésitaient à demander de l'aide, ils pourront changer leur point de vue.

6.2.2 Thème 2. Méthodes d'intervention de la TEN adaptée

La psychoéducation et l'exposition en imagination constituent de bonnes méthodes pouvant aider les Rwandais à faire face au TSPT. Cependant, certaines situations peuvent être des obstacles à surmonter pour des résultats positifs.

La psychoéducation. Dans la TEN adaptée, la psychoéducation va porter non seulement sur le TSPT, mais aussi sur l'explication de ce qui s'est passé afin d'en trouver un sens. En effet, jusqu'à aujourd'hui, souligne un participant,

plusieurs Rwandais ne comprennent pas comment dans un pays où 95 % de la population était chrétienne, les Rwandais ont tué leurs compatriotes. Ils ne comprennent pas non plus pourquoi, pendant trois mois, rien n'a été fait pour arrêter le génocide et les massacres, que ce soit du côté des forces des Nations Unies, du Conseil de sécurité qui était là et du gouvernement en place...

Certains Rwandais se demandent pourquoi ça leur est arrivé, pourquoi n'y a-t-il jamais eu d'aide? Certains se demandent également pourquoi, parmi des milliers et des milliers de Rwandais qui ont connu la guerre et le génocide, eux seuls présentent des symptômes de stress post-traumatiques? Avec la psychoéducation, l'intervenant doit essayer de trouver des explications sur ces situations en vue d'aider l'individu à comprendre le pourquoi du développement et du maintien des symptômes du TSPT.

Ce thème a soulevé de nouveau la question de la confiance. En effet, la psychoéducation s'avère un outil très important pour favoriser le lien de confiance et atténuer toutes sortes d'inquiétudes. C'est un moyen utilisé pour donner le plus d'information possible, selon chaque cas particulier. Chaque individu se confiant à l'intervenant a besoin de comprendre et de trouver du sens à ce qui lui arrive. C'est donc le rôle de l'intervenant d'expliquer à la personne l'origine de ses inquiétudes pouvant entraver le processus

thérapeutique et lui montrer les conséquences pouvant être associées au manque de confiance. À la suite des informations fournies et du niveau de satisfaction relatif aux réponses à ses questions, l'individu pourra y trouver une voie pour se libérer de sa peur de raconter son histoire. La psychoéducation permettra ainsi à l'intervenant de répondre aux questions, de lui montrer le lien entre ce qu'il a vécu et ce qu'il vit actuellement.

Depuis le génocide, je me sentais toujours désespéré, j'avais toujours peur qu'il y ait encore de la guerre et un génocide au Rwanda... J'avais des amis qui aimaient le cinéma, mais je ne pouvais jamais les accompagner à cause du bruit qui me faisait penser aux bombes... On parlait entre nous de la guerre et du génocide et de nos amis qui ont été tués. Ces conversations me mettaient mal à l'aise, mais jamais j'ai pleuré pour ma sœur violée et tuée devant moi. Un jour, ma mère m'amena à l'église avec mon frère. Elle nous présenta à un pasteur... Chacun de nous lui raconta ce qu'il avait vécu. Nous avons longuement pleuré. Après, le pasteur nous a dit que nous avions bien fait de parler de ces horreurs. Il nous a dit de revenir le voir chaque fois que nous aurions besoin de parler. J'y suis retourné une fois, j'ai raconté les mêmes histoires et le pasteur priait pour moi. Il me parla d'un psychologue qui pourrait m'aider et m'a mis en contact avec lui. Je l'ai rencontré plusieurs fois et chaque fois nous parlions de mes mauvaises histoires... Depuis, tout a changé. Je sors avec mes amis dans les bars, les cinémas....

Tous les participants étaient émus de ce témoignage. Le participant affirme que ces rencontres avec le pasteur et le psychologue lui ont permis de ressentir sa douleur, de pleurer et de comprendre ce qui lui est arrivé. Cette étape lui a permis de se libérer de son passé traumatique et de voir le futur autrement « Le passé c'est le passé..., sans se détacher du passé on ne peut pas avancer...D'après cette expérience que j'ai vécue moi-même, je peux affirmer que la méthode d'exposition en imagination pourra aider beaucoup de Rwandais », a-t-il conclu.

Ce témoignage illustre l'importance de faire revivre l'événement traumatique à l'individu en vue de l'aider à aller mieux. Le participant affirme que l'exposition l'a aidé à vivre son deuil, qui, d'après lui, était présent depuis longtemps. Il a ajouté :

L'exposition m'a aidé à ressentir ma douleur et à l'exprimer... J'ai pour la première fois pleuré pour ma sœur, j'ai éprouvé le dégoût et le mépris envers ceux qui l'ont violée et tuée... Même si j'ai été témoin de sa mort, il m'arrivait souvent de me dire que c'était des illusions, que ce n'était pas réellement elle qui a subi ces atrocités. Par ces rencontres, j'ai enfin compris qu'elle n'est plus là réellement..., dit-il.

Cependant, ce que nous avons aussi pu retenir de ce témoignage, c'est que l'exposition doit se faire avec méthode et objectivité, en présence d'une personne capable d'écouter chaque moment et chaque effet du témoignage sur l'individu en vue de pouvoir mieux l'aider. Raconter l'histoire traumatique entre amis pourrait être bénéfique, mais pas autant qu'avec un professionnel.

Scientifiquement, on a prouvé que l'exposition est efficace pour traiter le TSPT (Foa et Meadows, 1997; Bradley et al. 2005). Cependant, pour que cette méthode puisse être bénéfique au Rwanda, les participants trouvent que c'est important de considérer les éléments suivants:

La confiance.

La confiance se bâtit par l'établissement d'une relation thérapeutique de collaboration. L'alliance thérapeutique doit être bonne pour que la thérapie fonctionne bien. L'intervenant doit s'assurer que la base est bien construite, qu'elle est assez solide, que l'individu a atteint un niveau élevé de confiance. Sinon, il doit essayer de la bâtir avant d'aller plus loin en exposition (propos d'un observateur, confirmés par les participants).

Le nombre de traumatismes. La plupart des Rwandais adultes ont vécu plusieurs événements traumatiques (ÉT). Ainsi, l'intervenant et l'individu doivent prévoir le nombre de séances thérapeutiques en considérant le nombre de traumatismes de l'individu. Si, par exemple, l'individu a vécu cinq, dix, quinze ou même vingt traumatismes, nous ne pensons pas que l'on puisse arriver à une diminution des symptômes en huit séances prévues par la TEN originale. En fait, il faut prévoir des séances selon le nombre de traumatismes et de leur gravité. Comme la TEN sera nouvellement appliquée auprès des Rwandais, nous proposons que l'intervenant commence par les traumatismes les moins graves en vue d'évaluer le succès de l'exposition. Cela se ferait dans le but d'évaluer le niveau de réceptivité de l'individu afin de ne pas entrer en profondeur alors que les liens de confiance ne sont pas encore bien créés. Il faut donc y aller lentement, pour ne pas causer un effondrement de la part de l'individu. L'intervenant doit être quelqu'un qui connaît bien la méthode d'exposition. À ce propos, l'idée de former des gens dans la société pour appliquer la TEN auprès de la population en vue d'atteindre un grand nombre de gens reste à être étudiée.

La capacité de chacun d'encaisser les coups. L'un des participants souligne qu'il trouve que les résultats issus de la méthode d'exposition chez les Rwandais dépendront de la capacité de chacun d'encaisser les coups, parce qu'à chaque fois qu'on expose l'individu, c'est comme un choc qu'il reçoit. Si l'individu est capable d'encaisser ces coups, l'exposition pourra bien aller et les résultats pourront être positifs. Dans le cas contraire, si c'est une personne avec une « âme sensible » ou vulnérable, l'exposition pourra avoir un effet négatif, donc contraire à ce qu'on voulait avoir. Cela nous ramène aux contre-indications de la méthode d'exposition, qui seront présentées vers la fin de ce chapitre. La TEN adaptée doit en tenir compte.

La longueur du récit. Le récit de l'individu peut-être long et douloureux, « un Rwandais peut parler pendant des heures et des heures... », affirme une participante qui, lorsqu'elle allait en thérapie, parlait de son histoire et n'arrivait pas à s'arrêter. Cependant, la participante n'a pas apprécié cette méthode, puisque le thérapeute ne faisait que l'écouter et ne cessait de lui dire de se laisser aller. La participante affirme qu'à un moment donné, elle s'est sentie « ridicule » par le fait de répéter la même histoire, mais aussi par le fait qu'elle pensait que l'intervenant ne la suivait pas. Pour cette participante, le pire moment est arrivé lorsque l'histoire a été relue à plusieurs reprises. Elle se sentait épuisée et sentait qu'elle allait exploser, non pas de l'histoire en soi, mais par la méthode, par le fait de répéter sans cesse la même histoire devant quelqu'un qui avait l'air d'être absent. À chaque séance, c'était le même scénario : parler ou relire l'histoire, pleurer et puis l'encourager à se laisser aller. Elle se sentait fatiguée de l'intervention, même « humiliée » parce qu'elle ne comprenait pas ce qu'elle faisait pendant les deux heures qu'elle passait au bureau du consultant. Elle en repartait sans que l'intervenant ne lui donne quelques explications, parce que parfois, elle avait l'impression d'avoir mal partout. Elle se sentait déçue de cette façon de faire et elle abandonna l'intervention.

Cette expérience nous amène à réfléchir à la façon de mener la TEN adaptée, d'aider l'individu à faire un récit autobiographique cohérent sans qu'il se sente offensé et insulté ou sans qu'il tombe dans la même situation que notre participante. Sur ce, les participants et observateurs proposent que l'intervenant avec la TEN adaptée devrait :

1) Tenir compte des contre-indications de la méthode d'exposition. Il importe de se référer aux écrits scientifiques dans le domaine. Schauer, Neuner et Elbert (2005, 2010), Heilman et Makestad (2008) et Brillon (2010) soulignent que la méthode d'exposition n'est pas faite pour tout le monde. Par exemple, des individus ayant une déficience intellectuelle, des problèmes cardiaques, et ne trouvant pas la parole pour raconter leurs histoires sont exclus. Il faut également tenir compte de l'âge de l'individu. À chaque

année au Rwanda, entre avril et juillet, on organise la commémoration du génocide. Les Rwandais (de tous âges et sans aucune exception associée à leur santé physique ou psychologique) revivent les événements traumatiques en se remémorant devant les sites mémoriaux. Les événements de commémoration du génocide sont médiatisés, ce qui fait que même à la maison, les Rwandais revivent ce qui s'est passé à travers des émissions radiodiffusées ou télévisées. Les participants se demandent alors si cette méthode d'exposition utilisée actuellement au Rwanda apporte de l'aide ou bien empire les choses? Ils se demandent si cette façon de faire ne fait que rouvrir les blessures, ce qui favorise le maintien des symptômes du TSPT. Sur ce, des études futures sont nécessaires pour analyser l'impact de cette méthode auprès de la population rwandaise ayant le TSPT ou non. «Dans son utilisation, l'exposition doit être prolongée, intense et répétée. D'abord pour revivre les émotions et favoriser un phénomène d'habituation», souligne un observateur. Cependant, il faut prendre en considération les limites de cette méthode en vue d'éviter des conséquences hors contrôle. Cet observateur souligne :

Si on doit faire l'exposition en groupe, il est important d'aller dans la communauté, de dépister les gens qui ont un TSPT et de les soumettre à l'exposition, car, si on ne tient pas compte de ça et qu'on expose tout le monde sans tenir compte de rien, on risque d'avoir un phénomène de contagion du traumatisme. Ce qu'on doit faire, c'est dépister les Rwandais ayant des symptômes post-traumatiques, les amener dans les lieux d'intervention et vérifier sur place s'ils sont tous susceptibles d'être soumis à la méthode d'exposition.

Tous les participants se sont montrés résistants à cette idée car ils perçoivent ici une manière de les évaluer. Plus encore, ils ont peur d'être stigmatisés. En fait, les participants proposent une bonne préparation sur le terrain avant tout autres choses.

2) Se limiter dans le récit et prévoir assez de temps pour une écoute active.

L'intervenant procédera de telle sorte que l'individu fasse assez rapidement une ligne de vie, qu'il identifie les événements traumatisants, qu'il les quantifie sur une échelle et qu'il commence avec les événements les plus simples. Chaque fois qu'on revient au récit, c'est-à-dire lors des séances suivantes, l'intervenant fera des résumés les plus courts possible au lieu de relire l'histoire au complet à l'individu. Ce dernier écoute et on lui demande de modifier quelques éléments à son récit. Aussi, la TEN adaptée se limitera uniquement aux ÉT associés à la guerre et/ou au génocide.

La production d'un récit autobiographique lors de l'exposition a suscité des inquiétudes pour certains participants. Celles-ci sont liées à la confidentialité et la conservation d'un récit autobiographique. Les participants soulignent que certains Rwandais n'ont pas d'outils de classement, ce qui fait qu'une autre personne pourrait tomber sur le document, le lire et divulguer l'histoire de l'autre. Ne sachant pas lire et écrire, l'individu peut tomber sur ce document, le déchirer ou le jeter sans se soucier de ce dont il s'agit ou de son importance. Si l'individu se soucie de la conservation de son document, il serait possible de remplacer son vrai nom par un pseudonyme. Aussi, l'intervenant proposera à l'individu d'essayer de trouver un endroit sûr pour garder le document, au besoin le confier à un ami ou détruire le document selon l'entente avec l'individu.

6.3.3 Thème 3. La culture rwandaise comme un outil de la TEN adaptée.

La culture rwandaise est l'un des éléments pouvant avoir favorisé le développement et le maintien du TSPT au Rwanda. Cependant, ladite culture offre aux Rwandais différentes solutions pouvant contribuer à la diminution des symptômes du TSPT.

Tous les participants sont d'accord à ce que la TEN adaptée utilise les éléments culturels, propres aux Rwandais. En effet, comme dans toutes les cultures, les

problèmes de santé mentale sont entourés par une multitude de croyances et de mythes qui, dans la plupart des cas, favorisent aussi bien la prévention et le traitement que le développement et la chronicité (le maintien) des troubles mentaux, y compris le TSPT et le sens qui lui est attribué.

Dans cet ordre d'idées, la TEN adaptée doit intégrer ces éléments d'ordre culturel dans l'évaluation et le traitement des victimes souffrant du TSPT consécutif à la guerre et au génocide rwandais. « Adapter la TEN au contexte rwandais, c'est sûrement développer une forme d'intervention originale et faite sur mesure », déclare un observateur. « L'individu va se retrouver et se sentir dans son propre mode de vie, dans son ambiance à lui », ajoute un participant.

La tradition rwandaise renferme des modes de communication utilisés pour traduire de façon subtile ce qu'on pense et ressent sans trop s'exposer et sans agresser son interlocuteur. À titre indicatif, au Rwanda, des proverbes, des chansons et des contes sont des exemples des éléments culturels transmis de génération en génération qui peuvent être utilisés dans l'adaptation de la TEN au contexte culturel rwandais. « La culture rwandaise est bien outillée... Par exemple un seul proverbe peut être utilisé pour dire beaucoup de choses. Dire à un Rwandais un proverbe c'est comme si on vient de lui faire un discours, et on le dit dans une seule phrase... », souligne un participant.

L'utilisation des proverbes rwandais permet de transmettre un message d'une façon directe et avec l'espoir de favoriser une bonne compréhension de la situation. Cela contribue à trouver un sens à la situation actuelle de l'individu et de favoriser l'acceptation du « malheur » de la personne, c'est-à-dire l'acceptation de ce qui lui est arrivé.

La TEN pourra également utiliser des mots appelés « inshoberamahanga », souligne un participant. Ce terme peut être traduit littéralement comme « *ce qui est incompréhensible aux étrangers* », ajoute-t-il. Ces mots sont propres à la langue

rwandaise et seuls les Rwandais peuvent comprendre facilement le message transmis par ces mots. Les « inshoberamahanga » peuvent jouer le même rôle que les proverbes dans le sens où ils sont utilisés pour signifier beaucoup de choses et, comme les proverbes, un seul mot peut remplacer tout un discours. Par exemple le mot « surwumwe » peut être utilisé pour dire à la personne qu'il n'est pas le seul au monde à vivre une situation pareille, que « malheur ne frappe pas un seul individu ».

Le mot "surwumwe" ne veut pas dire qu'on ne considère pas son problème, c'est seulement pour le normaliser et faire comprendre à l'individu que toutes les autres personnes qui ont vécu un ÉT peuvent aussi avoir les symptômes du TSPT. Ce n'est pas une fatalité, ce n'est pas parce qu'il est maudit, qu'il va s'en sortir comme c'est arrivé aux autres, souligne un autre participant.

Cependant, il faut savoir choisir les bons proverbes, expressions ou autres mots à utiliser car, à chaque expression, mot ou proverbe, il existe son contraire. Ainsi, si mal utilisé ou utilisé dans un mauvais moment, on risque de transmettre le contraire du message qu'on voulait donner et empirer la situation de l'individu.

À ce niveau, un participant estime qu'il serait contreproductif d'utiliser les éléments culturels qui conseillent de garder le silence aussi longtemps qu'un climat de confiance n'a pas été établi. En effet, dans la culture rwandaise, certains proverbes sont utilisés comme rationnels pour ne pas dire ce qu'on pense et ressent. En plaidant pour le silence, de tels proverbes sont à considérer comme étant des éléments culturels favorisant la résistance dans l'évaluation et le traitement du TSPT. C'est le cas, par exemple, de « akarenze umunwa karushya ihamagara » qui signifie que « ce qui est sorti de la bouche ça ne se rappelle pas » pour dire qu'il faut garder ces choses pour soi parce que si on les dit, ça s'éparpille et tout le monde va le savoir. Ainsi, l'individu se bat pour ne pas manifester les symptômes, dans le but de ne pas être considéré comme

« fou » ou être un sujet de moquerie ou pour signifier l'absence d'un climat de confiance lors de l'intervention (absence d'une alliance thérapeutique).

On pourrait évoquer, par exemple, ce proverbe pour montrer à l'individu combien de tels proverbes ont contribué au développement et au maintien des symptômes du TSPT, car il croyait fortement en ce que la culture lui propose sans se rendre compte de l'impact du silence (du secret) sur l'exacerbation de sa détresse psychique et sur sa vie.

L'individu doit comprendre qu'utiliser ces éléments culturels de résistance (proverbes négatifs) n'est pas pour l'accuser d'avoir contribué au développement de son problème. C'est plutôt pour qu'il comprenne les effets négatifs de ces éléments culturels et combien ils ont contribué au développement et maintien du TSPT. C'est ici qu'on évoquera par exemple les proverbes allant dans le sens de l'élaboration du vécu traumatique (proverbes positifs), contraires à ceux qui ont empiré la situation, pour aider l'individu à voir clair et enlever ou dénouer ceux qui ont favorisé le maintien des symptômes. Par exemple, si une femme vient en consultation, l'intervenant peut lui dire « vous savez que vous êtes le cœur de la famille? »; ceci fait référence au proverbe rwandais « umugore ni umutima w'urugo ». Dans la réalité, que se passe-t-il si le cœur de l'individu est malade? N'est-ce pas tout son organisme qui souffre? Et si on ne consulte pas pour ce problème, n'est-ce pas la maladie qui s'aggrave? Et si le cœur arrête de battre? La personne n'est plus, mais il y avait quand même le moyen de la sauver ... Par cette comparaison, on dira alors à cette femme « si vous ne vous libérez pas de vos symptômes, c'est toute la famille qui est malade et si les symptômes persistent, ça affectera davantage les vôtres, car, on ne peut survivre si le cœur est gravement malade ou ne bat plus... », dit un participant.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, il faut savoir choisir les mots à utiliser dépendamment des cas, mais aussi de la personne qui demande de l'aide. Par exemple ce proverbe « umugore ni umutima w'urugo » pourrait être mal reçu et mal compris si

on s'adresse à un homme rwandais. Celui-ci pourrait se dire qu'on le compare à une femme, ce qu'il pourrait juger comme une attaque à sa masculinité ou à sa virilité. Il serait alors mieux d'utiliser l'autre proverbe rwandais « umugabo ni imyugariro », signifiant littéralement « l'homme est le bouclier (de la famille) », c'est-à-dire qu'il est là pour protéger sa femme et ses enfants. Qu'arrivera-t-il si le bouclier n'arrive plus à protéger l'individu des coups de son ennemi? N'est-ce pas les siens qui en souffriraient s'il n'était plus capable d'assumer ses responsabilités? Les Rwandais étant beaucoup attachés à la famille et prêts à faire tout ce qui est possible pour la protéger, de tels exemples peuvent avoir un effet positif sur leur motivation de poursuivre l'intervention.

En somme, tous les participants sont d'accord à ce que la TEN adaptée se limite au contexte de la vie courante des Rwandais. Il faut utiliser des exemples concrets et simples à comprendre. S'il arrive que l'intervenant donne des exemples, il devra se limiter aux exemples concrets de la vie quotidienne des Rwandais. La TEN adaptée fera en sorte que l'individu utilise ses propres ressources personnelles et celles que sa société lui offre. Elle doit se faire dans la langue propre de l'individu, avec ses propres symboles et objets de la vie quotidienne. « Il ne faut pas prendre les référents de ce qu'on fait dans les pays industrialisés et essayer de les calquer au Rwanda. Il faut d'abord connaître la personne qu'on cherche à aider et en quoi elle a besoin d'aide », souligne un participant. Cela a été constaté juste après le génocide, lorsque des psychothérapeutes venus de l'étranger ne savaient plus quoi faire pour aider psychologiquement les veuves rescapées du génocide. Ces dernières répondaient rarement aux critères de diagnostics des troubles mentaux tels qu'élaborés dans le DSM. Certaines veuves disaient à ces thérapeutes qu'ils leur faisaient perdre leur temps en passant des heures et des heures dans leurs bureaux de consultation alors que ce qu'elles avaient le plus besoin, ce n'était pas de raconter ce qu'elles avaient vécu, mais d'avoir des « Jeeps », ces voitures tout-terrain pour pouvoir parcourir les collines du Rwanda à la recherche de leurs enfants ou maris qui avaient peut-être survécu au génocide (Mujawayo et Belhaddad, 2005).

6.2.4 Thème 4. Participation active à la TEN.

L'implication active de l'individu dans un processus thérapeutique pourra contribuer à la diminution de ses symptômes actuels.

Les Rwandais ne sont pas habitués aux interventions psychothérapeutiques, voire à une participation active dans une démarche thérapeutique non traditionnelle. D'après ce qu'ils connaissent des Rwandais, du moins ce qu'ils savent de leurs amis en particulier, tous les participants affirment que les Rwandais croient difficilement aux effets d'une aide psychologique basée uniquement sur la parole. Ils doutent fort de la diminution des symptômes par le simple fait de parler.

La participation active de l'individu commence dans le bureau d'intervention, mais se poursuit aussi en dehors des séances thérapeutiques. Lors de l'intervention, l'individu apprend certaines activités thérapeutiques, par exemple, les activités pour contrôler ses émotions, savoir quelle situation lui fait revivre l'ÉT et lui cause le plus d'émotions. Par la psychoéducation, l'intervenant explique à l'individu l'importance de connaître ces situations dans le but d'apprendre à contrôler ses émotions. L'intervenant va également aider l'individu à les identifier et cela lui permettra de ne pas se sentir abandonné à lui-même.

... Les Rwandais aimeraient bien que l'intervenant prenne la situation en mains et qu'il leur dise qu'il a des solutions à leur problème (sans toutefois leur promettre des miracles). Dire à la personne qu'il est là pour parler de son histoire et que l'intervenant va l'écouter, c'est décourageant..., constate un des participants.

Lorsque l'individu est venu chercher de l'aide, c'est qu'il pensait que l'aide provenait de l'extérieur. Pourquoi serait-il alors venu s'il pouvait trouver des solutions en lui-même? Parce que les Rwandais sont habitués à la médecine, l'individu s'attend à ce que

l'intervenant lui dise quoi faire. Si ce n'est pas cette approche qui est utilisée, il pourrait se sentir laissé à lui-même et il y aurait un risque d'abandon de l'intervention. « Le Rwandais a besoin d'être rassuré, il veut que l'intervenant lui dise quelque chose de positif lors des rencontres. L'individu s'attend à ce que l'intervenant soit dans le processus », souligne un participant.

La participation active en dehors des séances thérapeutiques peut s'avérer difficile pour l'individu. Parmi les éléments pouvant constituer des obstacles et entraver le cheminement thérapeutique, on peut citer entre autres :

1) Les interventions psychothérapeutiques. L'aide psychologique est peu répandue au Rwanda avec des méthodes peu connues ou même douteuses aux yeux de certains Rwandais. « La maladie mentale est comme le sida, aucun traitement ne peut la guérir », souligne un participant. Il est à mentionner que ce participant n'est pas le seul à avoir cette conviction envers le traitement des problèmes de santé mentale, elle est partagée par plusieurs Rwandais, qui pensent qu'il est inutile d'aller chercher de l'aide.

2) La pauvreté. Comme la plupart des Rwandais vivent dans la pauvreté, les participants se demandent comment on pourra amener l'individu à mettre en pratique les nouvelles connaissances acquises lors des séances thérapeutiques. Demander à un Rwandais d'accomplir certaines activités thérapeutiques est-il approprié pour une personne occupée à chaque instant pour sa survie?

Cette façon de faire pourrait augmenter les soucis de l'individu, surtout si ce dernier ne comprend pas bien le but de l'exercice. L'intervenant a davantage à bien comprendre la réalité de chacun et dire « ... Voilà, si telle chose apparaît, on en parlera la prochaine fois ». Il faut mettre l'individu sur la piste et le rassurer qu'on aura du temps, dans d'autres séances, pour y revenir. En ce qui concerne la remise des documents à lire en dehors des séances, avec le taux d'analphabétisme élevé, ainsi que pénurie d'électricité,

la consultation des documents serait difficile. De plus, les Rwandais n'ont pas le goût de la lecture et une telle demande peut être mal accueillie, souligne un participant.

3) L'analphabétisme. L'un des participants souligne que bien que la grande partie de la population soit analphabète et n'ait pas beaucoup de ressources financières, il est nécessaire de mettre en pratique des nouvelles acquisitions. Selon l'un des observateurs, d'après son expérience clinique, certains individus ne font pas les tâches en dehors des séances, par le fait qu'ils n'y accordent pas d'importance. Dans le cadre du Rwanda où beaucoup de personnes ne savent ni lire ni écrire, on doit utiliser la parole. L'intervenant donnera verbalement une tâche à accomplir et lors de la prochaine séance, il posera des questions pour voir si l'individu a accompli sa tâche.

4) Le désintérêt. L'individu peut aussi se sentir désintéressé s'il apprend qu'il doit travailler même en dehors des séances thérapeutiques. Il peut alors se demander ce qu'il est venu faire là, s'il doit faire certaines choses par lui-même. Si une telle situation se manifeste, l'intervenant pourrait revenir sur la psychoéducation relative aux objectifs de l'intervention, à sa motivation de départ et de son intérêt s'il poursuit l'intervention. L'intervenant doit aussi essayer de répondre aux questions de l'individu. Les participants avouent que la participation active de la part de l'individu constitue l'un des moyens pouvant lui permettre de se sentir responsable de la diminution de ses problèmes.

6.2.5 Thème 5. L'importance de la TEN adaptée

La TEN adaptée bien réalisée pourra contribuer à la promotion de la santé mentale au Rwanda.

Malgré les difficultés ci-haut mentionnées, tous les participants jugent qu'il est nécessaire d'intervenir psychologiquement en utilisant la TEN adaptée au contexte rwandais. L'un des participants trouve que ce qui est intéressant dans la TEN adaptée, c'est le récit narratif, qui pourra à la longue aider les générations futures.

C'est intéressant parce que l'élaboration du récit favorisera le rappel des événements et éventuellement, avec le temps, si possible, les mettre en commun, et de développer une histoire sociétale qui pourra être enseignée aux plus jeunes. Ainsi, les récits autobiographiques élaborés à partir de la TEN adaptée pourront constituer une façon de communiquer entre les plus vieux et les plus jeunes, dit-il.

Le récit est une façon d'assurer une transmission intergénérationnelle de l'histoire, pour remplacer une transmission intergénérationnelle du traumatisme possible au Rwanda (Platteau, 2007). La TEN adaptée pourra aussi inciter les Rwandais, voire les générations futures, à aller consulter les intervenants en santé mentale en cas des problèmes de santé mentale, puisque la TEN adaptée permettrait d'ouvrir la communication et démystifier la maladie mentale, voire le TSPT.

Dans un même ordre d'idées, les participants ont souligné qu'actuellement, en dépit de ce qui s'est passé, les Rwandais apprennent à vivre ensemble. Les participants pensent que pour y arriver, il faut que les Rwandais aient un certain bien-être psychologique. Il faudra donc des interventions psychologiques pour aider les Rwandais à se libérer du passé traumatique et de la peur de l'autre qui paralysent les relations sociales. La TEN

adaptée devrait constituer une étape pour accéder à la réconciliation de la population rwandaise, car elle pourrait permettre de trouver un sens à ce qui s'est passé et comprendre certains enjeux psychosociaux qui favorisent le mieux-être mental des Rwandais. Sur ce, « cette approche vaut vraiment la peine parce qu'elle aura un impact positif sur la santé mentale des Rwandais en général et des générations futures en particulier », déclare un participant. Les Rwandais ont besoin de parler, ajoute-t-il, de raconter ce qu'ils ont vécu, d'exprimer ce qu'ils ont senti et ce qu'ils sentent actuellement. À ce propos, l'intervention est nécessaire parce que :

...moi par exemple, il y a des choses que je ne peux pas dire à mon mari, il y a des choses que jusqu'à aujourd'hui, je ne dis pas parce quand j'en parle, on commence à discuter et il me fait croire que ce n'est pas comme ça que les choses se sont déroulées lors des événements, alors que moi, je les ai senties. Je suis convaincue de ce que j'ai vécu. Jusqu'à aujourd'hui, 19 ans après les événements, moi je dis par exemple que parfois, j'ai eu peur, et lui me dit que je ne devrais pas, que ce ne fût rien du tout! Parfois il me dit que j'exagère les choses, alors que je suis certaine de ce que j'ai vécu et ressenti. Il ne veut pas m'écouter et je me tais pour éviter des discussions inutiles... dit un participant.

Elle ajoute qu'il est impossible pour un individu qui n'a pas eu de formation en santé mentale de faire comme un psychologue. Dans cette situation, la participante préfère ne rien dire à son mari et affirme que dans de pareils cas, mieux vaut aller chercher de l'aide chez un intervenant parce que c'est son travail, il va écouter et comprendre la «peine» de l'individu. Pour un autre participant,

Les Rwandais souffrent, mais apparemment on ne le voit pas, car ils font semblant de ne pas souffrir... Parfois ils n'en peuvent plus, ils éclatent n'ayant pas de soutien. C'est ça le grand problème au Rwanda... La TEN pourra

énormément aider ces gens, mais il y aura un grand travail à faire, non seulement pour ceux qui souffrent, mais aussi pour leur entourage.

Si les adultes rwandais souffrent alors qu'ils ont des enfants et qu'ils ne vont pas chercher de l'aide, il y a un risque de contamination de la souffrance à leurs enfants. Si les Juifs souffrent même aujourd'hui des conséquences psychologiques du génocide d'il y a plusieurs années, les Rwandais sont-ils immunisés à cette transmission intergénérationnelle du traumatisme?

Un observateur propose des séances de suivi post-traitement. En effet, l'entourage peut constituer un problème, ce qui pourrait déstabiliser la nouvelle vie de l'individu. Il faut prévoir des séances de suivi pour consolider les acquis, évaluer les facteurs de risque de rechute et proposer des voies de sortie. Les participants proposent que le suivi se fasse sous forme de thérapie de groupe.

En résumé, la mentalité des Rwandais en ce qui concerne les problèmes de santé mentale en général et du TSPT en particulier, les empêchent d'aller chercher de l'aide. Il est donc essentiel de travailler sur ces mentalités, pour que les Rwandais puissent comprendre que si la personne souffre d'une maladie mentale, c'est comme si un « organe de son corps était attaqué » et devait être soigné, comme dans le cas de la maladie physique. Si cet organe malade n'est pas soigné, il y aura un impact sur l'individu et son entourage, voire sur les générations futures. Il se peut que la TEN adaptée puisse contribuer au changement de ces mentalités et favoriser une demande d'aide. En effet, vu que la TEN adaptée peut se faire au niveau individuel, les participants pensent que les Rwandais pourront se confier plus ouvertement, car en groupe, avec la méfiance entre eux, ces derniers ne vont pas parler aisément de leurs problèmes. Ces constats peuvent être résumés dans le premier thème portant sur la confiance et l'engagement.

L'effort mis sur ce premier point du processus d'aide est indispensable, mais pas suffisant pour garantir la réussite de l'intervention. En effet, plusieurs difficultés peuvent être identifiées, tel qu'il a été souligné plus haut. Ces dernières sont présentées après chaque thème dont elles font référence. Ces difficultés sont soit liées à l'individu (la peur de s'engager, etc.) ou à l'intervenant (ne pas être capable d'obtenir la confiance de l'individu, ne pas prendre en considération la situation sociopolitique du Rwanda, etc.). Cependant, les participants proposent également des solutions qui sont présentées après chaque thème.

La TEN adaptée ne concerne pas uniquement l'individu qui demande de l'aide et l'intervenant. Nous pensons que le gouvernement du Rwanda pourrait également jouer le rôle pour assurer la mise en application d'interventions psychologiques efficaces et assurer la protection de l'individu. Les lois sur la confidentialité des renseignements personnels ainsi que la sensibilisation auprès de la population de ces lois pourraient favoriser la confiance et l'engagement de l'individu et assurer le bon déroulement du reste de l'intervention.

La culture rwandaise constitue aussi un outil indispensable pour le bon déroulement de la TEN adaptée. Cela est expliqué par le troisième thème « la culture rwandaise comme un outil de la TEN adaptée ». En effet, utiliser le langage familier de l'individu et se servir des outils connus par celui-ci lui permet de comprendre sa situation et de voir des solutions. Les participants ont aussi souligné, avec le thème 4 l'importance de la participation active de l'individu.

Enfin, tous les participants ont l'espoir que la TEN adaptée, une fois bien mise en application, pourra contribuer à la promotion de la santé mentale au Rwanda. Les détails sur ce point sont présentés dans le cinquième thème.

6.3 Protocole final de la TEN

La partie qui suit décrit le protocole final de la TEN, validé par les participants du groupe de discussion et développé par l'auteur. Ce protocole apporte un nouveau regard à l'aide psychologique pour les Rwandais ayant des symptômes du TSPT. Il importe de noter les trois consignes générales entourant le plan d'intervention : 1) Le respect du rythme de l'individu, 2) le non jugement de la personne et de son histoire, et 3) la diminution des émotions négatives avant la fin de chaque rencontre thérapeutique.

Par ailleurs, ce protocole comprend également trois étapes : l'introduction, la psychoéducation et l'intervention. Ces éléments seront discutés ci-dessous.

6.3.1 Partie introductive

C'est une étape importante puisqu'elle constitue le point de départ pour gagner la confiance de l'individu. Rappelons-nous qu'à la suite du génocide, la confiance entre Rwandais a été ébranlée. Le fait que l'intervenant soit Rwandais pourrait donc constituer un obstacle pour le reste de l'intervention psychologique, d'où la nécessité de partir d'un bon pied et ce, par l'introduction.

Présentation

Cette partie résume les points essentiels qui guideront l'intervenant dans son travail auprès des Rwandais :

1. Se présenter et expliquer sa spécialité.
2. Décrire ce qu'est la TEN adaptée et en quoi elle complète la médecine. Partir des exemples compréhensibles pour les Rwandais, comme établir une

comparaison entre ce que fait le médecin et ce que fait l'intervenant par la TEN. Cette comparaison aidera la personne à bien comprendre les limites de chaque spécialiste et comment ils se complètent.

3. Bâtir la confiance en parlant a) de son importance dans l'aide psychologique, b) de l'histoire des Rwandais et de leur culture en évitant d'apporter des jugements quant aux propos ou comportements de l'individu, et c) de sécurité par la confidentialité des propos.
4. Encourager l'individu à poser des questions et prévoir assez de temps pour y répondre.

Évaluation

L'intervenant a comme tâche de :

1. Évaluer les troubles psychologiques de l'individu et donner son impression clinique.
2. S'informer sur l'histoire médicale et psychiatrique de l'individu, les consultations effectuées pour les symptômes actuels (des médecins, des guérisseurs traditionnels).
3. Se renseigner sur l'interaction sociale entourant le partage d'informations quant à l'ÉT.
4. S'informer sur l'histoire familiale, le soutien social actuel et le soutien social reçu avant et pendant l'ÉT :
 - ✓ Est-ce que l'individu a grandi dans une famille, à côté de ses parents, frères et sœurs? Est-ce qu'il y avait une cohésion au sein de la famille?
 - ✓ Est-ce que lors de l'ÉT, l'individu était avec les membres de sa famille?

- ✓ Est-ce que les voisins, amis et connaissances l'ont soutenu avant, durant et après l'ÉT?
- 5. S'informer des plaintes actuelles. Sont-ils d'ordre somatiques, mentales ou les deux?
- 6. Analyser les méthodes personnelles qu'utilise l'individu pour tenir le coup.

Engagement

L'intervenant a comme tâches de :

1. Rappeler à l'individu l'importance de la sécurité et de la confiance dans une aide psychologique : informer l'individu de son droit de porter plainte si l'intervenant ne respecte pas l'entente, lui mentionner des ressources auprès desquelles il peut avoir recours.
2. Informer l'individu de la confidentialité et de l'engagement thérapeutique.
3. Informer l'individu de la nécessité de sa participation active tout au long de l'intervention.
4. Établir un lien entre les objectifs de l'intervention et ceux de l'individu.
5. Faire une entente à propos de la production et la conservation d'un document autobiographique (utilisation des noms propres de l'individu ou des pseudonymes, garder le document et déterminer les personnes qui devront y avoir accès ou encore détruire le document à la fin de l'intervention).
6. Signer le formulaire de consentement.

6.3.2 Psychoéducation

Cette étape consiste à :

1. Définir le TSPT, son origine, son développement et ses conséquences :

- ✓ Expliquer à l'individu son état de santé actuel et les symptômes du TSPT, en lien avec l'ÉT.
- ✓ Normaliser et légitimer le TSPT (comparaison entre la malaria et le TSPT).
- ✓ Expliquer à l'individu les conséquences du TSPT non traité.

2. Présenter un modèle explicatif du TSPT :

- ✓ Décrire le modèle TCC de Ehlers et Clark (2000) (Voir 2.1.2).
- ✓ Appliquer le modèle aux expériences de l'individu.

3. Informer l'individu des facteurs de risque et de protection entourant le TSPT.

Cette information est utile pour diminuer les émotions de culpabilité, de honte et d'impuissance face à sa situation actuelle :

- ✓ Expliquer pourquoi certaines personnes ont des symptômes post-traumatiques, tandis que d'autres n'en ont pas alors qu'ils ont vécu les mêmes événements.
- ✓ Analyser les facteurs de risque pouvant avoir contribué au développement et au maintien du TSPT chez l'individu, le fait d'avoir été exposé à la mort ou la torture, les deuils non faits, la honte et la culpabilité de ce qu'il a vécu, la perte de confiance en soi et dans les autres, la solitude et le silence, la transgression des valeurs, les croyances etc.

- ✓ Analyser les facteurs de protection existant dans les croyances ou les valeurs sociales des Rwandais; la foi ou la spiritualité, les raisons de vivre, l'acceptation et la persévérance, la détermination, le courage, les rêves de vie, les compétences personnelles et interpersonnelles.
 - ✓ Expliquer à l'individu le rôle de la culture rwandaise associé à l'origine, au développement, au maintien (la chronicité), à l'évaluation et au traitement du TSPT. L'intervenant et l'individu essaient d'analyser certains éléments culturels pouvant avoir joué un rôle dans l'état de santé actuel de l'individu; les croyances des Rwandais envers la mort, l'interaction sociale, les valeurs sociales, les proverbes et chansons, etc.
4. Donner l'information sur les critères diagnostiques. Un des buts ici est d'éclairer l'individu quant à la question de stigmatisation. De plus, c'est de montrer l'importance de consulter un spécialiste pour déterminer son vrai problème. L'intervenant a comme tâches de :
- ✓ Expliquer à l'individu pourquoi ces symptômes correspondent au TSPT en présentant et en expliquant le tableau résumant les six critères diagnostiques du DSM-IV-TR (Voir 2.1.4).
 - ✓ S'approprier la situation : pour bien comprendre le phénomène qui lui est arrivé, l'individu essaie de compléter ce tableau avec ses propres symptômes.
5. Conséquences du TSPT dans le contexte rwandais. L'intervenant a comme tâches de :
- ✓ Informer sur les troubles comorbides, des séquelles physiques liées au génocide ou guerre qui constituent des rappels constants de l'ÉT et favorisent l'apparition ou le maintien des symptômes du TSPT.

- ✓ Parler du Rwanda, de la guerre et du génocide, essayer d'expliquer ce qui s'est passé afin d'y trouver un sens.
- ✓ Parler de la confiance, de son importance dans l'aide psychologique et des conséquences du manque de confiance.
- ✓ Informer l'individu sur le lien entre la destruction des trois principes fondamentaux des Rwandais (Kubaho [vivre], Gutunga [posséder] et Gutunganirwa [vivre heureux, tranquille en paix, dans la prospérité]) et les difficultés relationnelles chez une personne ayant un TSPT (Voir 1.2.2).
- ✓ Parler également du lien entre l'apparition des symptômes du TSPT, de la perte de confiance envers les autres et de l'isolement.
- ✓ Faire un lien entre le TSPT, les croyances et les éléments culturels rwandais (les chansons, proverbes et contes) qui encouragent les individus à garder le silence et à vivre leurs traumatismes à l'insu de tout le monde. Le but est d'aider l'individu à comprendre son propre comportement envers l'entourage et vice versa.
- ✓ Faire un lien entre le TSPT, la mort et le deuil, l'absence des rituels funéraires. Aborder également le lien pouvant exister entre le TSPT, l'inhumation et l'exhumation des corps.
- ✓ Parler de la guerre (si l'individu a vécu en exil). Parler non seulement du lien entre le TSPT et le deuil (y compris des pertes humaines et matérielles), mais aussi de la vie difficile en exil (l'insécurité relative à l'absence de logement et l'absence de revenus suffisants pour prendre soin de soi-même et des autres personnes à sa charge, la peur d'être expulsé par le pays d'accueil, etc.).

6.3.3 Intervention

Préparation au récit

Afin de construire une alliance solide, l'intervenant expliquera ainsi le déroulement de l'intervention :

1. Rappeler à l'individu la différence entre l'intervention TEN et d'autres méthodes d'intervention (la médecine par exemple).
2. Recourir à des exemples concrets dans le but de rendre plus clair l'intervention (comparaison entre la malaria et le TSPT) (voir 5.2.1).
3. Rappeler la nécessité de participer activement tout au long de l'intervention et d'avoir du courage pour pouvoir affronter son passé traumatique.
4. Rappeler les conséquences pouvant surgir à cause de l'évocation du passé.
5. Laisser l'individu poser des questions et prévoir assez de temps pour y répondre.

Ligne de vie (exposition)

Dans cette étape, l'individu doit raconter son histoire individuelle et familiale, depuis la naissance jusqu'au moment présent, ses expériences positives et négatives.

Quant à l'intervenant, a comme tâches:

1. Enregistrer le récit pour les séances ultérieures (expliquer le rationnel de l'enregistrement). Le récit sera transcrit et à chaque séance, il sera lu à l'individu pour les corrections et modifications.
2. Écouter et noter les moments négatifs de l'histoire, ainsi que les émotions qu'éprouve l'individu.

3. Classifier les ÉT selon leur gravité. Sur une échelle, séparer les ÉT les moins graves des plus graves. Aussi, séparer les ÉT liés à la guerre et au génocide des autres ÉT liés aux autres circonstances qu'a vécues l'individu.
4. Faire un résumé du récit pour des modifications et/ou des ajouts par l'individu à la fin de la session. Il mentionne des émotions observées et demande à l'individu si ce sont les mêmes émotions que celles qu'il a éprouvées lors de l'ÉT.
5. Évaluer les émotions : Sur une échelle de 0 à 10, l'individu donne une note correspondant au niveau de l'intensité de ces émotions.
6. Procéder à la normalisation des émotions, rappeler aussi à l'individu l'importance de parler de l'ÉT (libérer ses émotions) et des conséquences de se taire (la culpabilité, l'isolement ou la présence des troubles comorbides).

L'intervenant doit s'assurer que la peur et les émotions chez l'individu soient diminuées avant de clore la séance.

Récit autobiographique

L'intervenant a comme tâches de :

Étape 1 :

1. S'informer de ce qui a pu arriver à l'individu depuis la dernière rencontre (comme des situations liées à l'ÉT qui sont survenues dans cet intervalle).
2. Évaluer les émotions qu'a eues l'individu durant ces moments. Sur une échelle allant de 0 (pas d'émotions) à 10 (trop d'émotions), demander à l'individu de se donner une note. Lui demander également les moyens utilisés pour s'en sortir.
3. Faire la psychoéducation sur ces situations, les réactions de l'individu ainsi que les moyens utilisés pour s'en sortir.

Étape 2 :

4. Faire brièvement un résumé de la séance précédente et du récit de l'individu.
5. Revenir aux ÉT en présentant l'échelle de gravité des ÉT et en se limitant uniquement à ceux qui sont en lien avec la guerre et le génocide de 1994.
6. Faire l'exposition en commençant par le premier ÉT jugé le moins grave, afin d'évaluer l'effet de l'exposition sur l'individu. Cette façon de faire permet d'éviter les réactions incontrôlables et de se familiariser avec la méthode d'intervention.
7. Encourager l'individu à donner les détails de l'ÉT évoqué et poser des questions pour faciliter le souvenir.
8. Inciter l'individu à verbaliser toutes les émotions qu'il ressent, identifier celles qui dérangent le plus, et évaluer les situations pouvant empêcher l'individu d'exprimer ses émotions afin d'y consacrer plus de travail.
9. Gérer les émotions négatives et essayer de ramener l'individu au moment présent.
10. Ne pas forcer l'individu à se souvenir si celui-ci semble oublier un élément important de l'ÉT et s'assurer que ce n'est pas un comportement d'évitement.
11. Si l'individu cherche à éviter une étape de son récit, l'intervenant fait la psychoéducation sur les conséquences de l'omission de certaines parties de l'histoire sur le déroulement de l'intervention et la diminution des symptômes post-traumatiques.
12. Si ce n'est pas l'évitement, normaliser la situation en rappelant à l'individu qu'en cas de TSPT, la mémoire n'est pas en mesure d'intégrer convenablement les informations traumatiques. Il est donc possible de ne pas être capable de raconter son histoire d'une façon cohérente ou d'oublier certaines informations.
13. S'assurer que la structure de peur chez l'individu est activée pour susciter des émotions longtemps refoulées.

14. Observer les comportements de l'individu tout au long du récit. Faire un «feedback» de ses comportements, dans le but de l'encourager à aller plus loin dans son récit. Utiliser des proverbes rwandais, des mots ou des chansons qui illustrent bien l'avantage ou le désavantage de tels comportements et émotions dans la processus thérapeutique.

Étape 3 :

15. S'assurer que la peur et les émotions chez l'individu soient diminuées pour clore la séance.
16. Apprendre à l'individu à entrer en contact avec son corps et ses émotions en dehors de l'intervention. L'intervenant propose des activités à domicile dans le but d'évaluer l'état mental de l'individu et d'identifier des facteurs déclenchant ou de maintien du TSPT se trouvant dans l'environnement. L'individu pourra alors identifier des situations qui lui rappellent ses expériences traumatiques, les nommer et quantifier les émotions associées. L'individu devra rapporter ces informations à la prochaine séance pour en discuter avec l'intervenant.

Lors des activités, garder l'individu dans son contexte culturel. Proposer des outils connus et accessibles par l'individu (des fleurs, des feuilles d'arbres, des pierres, etc.). Par exemple, l'individu pourra ramasser une pierre pour signifier une situation qui suscite les souvenirs traumatiques et qui engendre des émotions douloureuses. Dans le cas contraire, l'individu pourra ramasser une feuille d'arbre ou une fleur, pour symboliser que tout va bien. Ainsi, à la prochaine séance, ils compteront les objets ramassés, l'individu parle de chacune des situations, des émotions éprouvées, de leur gestion et l'intervenant fait la psychoéducation en conséquence.

6.3.4 Les séances subséquentes

Le nombre de séances subséquentes dépendra du nombre des ÉT que l'individu a vécus et de sa façon de gérer les émotions présentes. En cas des ÉT multiples, l'intervenant procède à :

Étape 1 :

1. Retourner à l'activité : L'individu raconte des situations de son environnement qui ont pu susciter des souvenirs traumatiques depuis la dernière séance. Il présente des objets ramassés et explique les émotions éprouvées face à ces situations.
2. Faire de la psychoéducation à chacune des situations et réactions de l'individu. En cas de la bonne gestion des émotions, l'intervenant encourage les réactions de l'individu. Dans le cas contraire, l'intervenant peut faire la psychoéducation sur la normalisation des réactions de l'individu, vu que c'est la première fois que l'activité est faite.
3. Aider l'individu à raconter son vécu psychologique depuis le récit passé. A-t-il éprouvé ou non de la culpabilité, de la peur ou de la honte parce qu'il a raconté son histoire? L'intervenant fait la psychoéducation sur réactions positives ou négatives que l'individu a ressenties après avoir raconté son histoire.

Étape 2 :

4. Rappeler les consignes pour faire un récit autobiographique cohérent.
5. Résumer le récit de l'individu sur l'ÉT abordé précédemment.
6. Répéter plusieurs fois les détails de cet événement et demander à l'individu s'il n'a pas quelque chose à ajouter ou à retirer.

7. Évoquer le deuxième ÉT jugé moins grave et procéder comme pour le premier ÉT.
8. Poser des questions, faire des observations et des commentaires sur les comportements de l'individu.
9. Gérer les émotions, ramener l'individu au moment présent chaque fois qu'il est submergé par les émotions du passé, la psychoéducation sur la situation actuelle.

Étape 3 :

10. S'assurer que la peur et les émotions chez l'individu soient diminuées à la fin des séances. L'individu raconte la période de l'après ÉT avant de mettre fin à la session.
11. Proposer des activités à domicile.

6.3.5 Plan d'avenir et fin de l'intervention

Avant de mettre fin à l'intervention, l'intervenant a comme tâche de :

1. S'assurer que l'individu a acquis un nouveau mode de réaction face aux souvenirs de l'ÉT ou en présence des situations semblables à l'ÉT.
2. S'assurer que l'individu a trouvé une certaine signification à sa vie et qu'il est capable de faire un lien entre l'ÉT vécu et ses symptômes post-traumatiques.
3. S'assurer que l'individu manifeste un certain niveau d'habituation quant à la manifestation des émotions et à leur gestion efficace lorsqu'il évoque l'ÉT.
4. Faire de nouveau un résumé du récit de l'individu et procéder aux dernières corrections ou modifications.

5. Faire l'évaluation de l'état actuel du TSPT en utilisant les instruments de mesure utilisés au départ.
6. Faire un résumé du récit pour les dernières corrections ou modifications.
7. Prévoir des séances pour le suivi post-traitement (individuellement), en parler avec l'individu et fixer des rendez-vous dans trois mois.
8. D'autres rencontres pour le suivi post-traitement peuvent être organisées soit individuellement ou en groupe. Le but des rencontres de groupe serait de partager non seulement les expériences de l'intervention mais aussi la façon dont ces individus affronteront la vie après l'intervention.
9. Signer le document, distribuer les copies aux personnes concernées ou détruire le document selon l'entente avec l'individu.

Les idées qui ont jailli lors des discussions nous ont été d'une grande utilité. Elles nous ont aidés non seulement à améliorer la TEN adaptée, mais aussi à comprendre les différents enjeux culturels pouvant constituer des obstacles dans la mise en application de la TEN adaptée au contexte rwandais.

CONCLUSION

Ce mémoire a exploré la question de l'adaptation d'un protocole d'intervention pour traiter le trouble de stress post-traumatique (TSPT) au Rwanda. L'idée de cette étude découle du fait qu'au Rwanda, les événements tragiques de 1994 ont eu un impact négatif sur la santé mentale des Rwandais et ont contribué au développement des troubles post-traumatiques. Dans le présent travail, au premier chapitre, une brève histoire du Rwanda et une description des facteurs associés au développement du TSPT au Rwanda ont été présentées. Quant au chapitre II, il comprend des informations sur le TSPT et sur les formes de traitements actuellement prouvés scientifiquement efficaces. Une partie de ce chapitre évoque également quelques traitements du TSPT réalisés au Rwanda. Ces informations sur le traitement du TSPT ont été explorées sur la base d'une recension des écrits. Cette méthode de travail nous a permis de prendre connaissance de la TEN, une forme d'intervention mise en place pour venir en aide aux personnes ayant un TSPT résultant des violences interpersonnelles. Les détails sur la TEN sont présentés dans le troisième chapitre de ce mémoire. Le chapitre IV englobe les informations sur les différentes méthodes utilisées pour assurer une adaptation culturelle de la TEN au contexte rwandais ainsi que sa validation. Le chapitre V englobe les premiers résultats de cette étude, soit l'adaptation culturelle de la TEN au contexte rwandais. Pour valider la pertinence de la TEN adaptée, un groupe de discussion a eu lieu et les résultats obtenus ont été présentés au chapitre VI.

Le traitement du TSPT adapté au Rwanda nous interpelle pour deux raisons. En premier lieu, le génocide de 1994 ainsi que ses conséquences sont susceptibles d'avoir contribué à l'augmentation du risque de développer des problèmes de santé mentale, dont le TSPT. D'ailleurs, les données les plus récentes montrent que la prévalence du TSPT au Rwanda est élevée malgré plusieurs années écoulées après les événements traumatiques (28,4 %). Les caractéristiques spécifiques dans la conception, la manifestation et les

répercussions des symptômes post-traumatiques chez les Rwandais justifient aussi l'intérêt pour la question du type d'intervention psychothérapeutique à offrir aux Rwandais ayant le TSPT. En effet, le TSPT génère beaucoup de détresse, certains Rwandais l'associent à la « folie ». Pour ceux qui ont des symptômes, ils sont souvent marginalisés par leur entourage et cherchent à cacher les symptômes qui, dans la plupart des cas, se manifestent à travers les symptômes somatiques. De plus, l'idée de consulter un intervenant en santé mentale est peu répandue au Rwanda, c'est un signe de faiblesse pour les uns et de honte pour les autres, car « *imfura igwa mu mfuruka* » traduit littéralement « *le noble meurt dans le coin* » pour dire qu'un Rwandais digne de ce nom doit mourir « *dans la dignité, sans que les autres voient les derniers moments de sa vie* », souligne la sagesse rwandaise. Donc, il ne faut pas exposer ses problèmes, il faut paraître fort malgré la souffrance. Ces propos sont alimentés par le fait que la plupart des Rwandais connaissent moins le rôle d'un professionnel de la santé mentale, ils ne comprennent pas comment on peut « guérir » quelqu'un sans lui donner des médicaments. Cette situation fait que les Rwandais qui fréquentent les services en santé mentale soient souvent des sujets de moqueries, finissant par abandonner ou cacher leurs vrais problèmes.

Deuxièmement, des études soulignent l'intérêt grandissant pour l'adaptation culturelle des protocoles d'intervention aux personnes de cultures non occidentales. À notre connaissance, il n'existe pas d'études pouvant être réalisées sur le Rwanda quant à l'efficacité des formes d'intervention prouvées efficaces pour traiter le TSPT et recommandées par les scientifiques. Il s'agit notamment des formes d'intervention de la thérapie cognitive et comportementale (TCC) et de la sensibilisation par mouvement oculaire (Eye Movement Desensibilisation, EMDL). Ce constat est préoccupant et appelle à la validation ou l'adaptation de ces protocoles auprès des Rwandais. Ce mémoire essaie donc d'apporter des solutions à cette lacune.

Deux objectifs principaux étaient visés dans ce mémoire. Le premier consistait à faire une adaptation culturelle de la thérapie par exposition aux narratifs (TEN) pour traiter le TSPT auprès des Rwandais adultes. Les publications scientifiques pertinentes sur la TEN et sur l'adaptation culturelle ont été identifiées en consultant les bases de données PsycINFO et PubMed. Des sites du gouvernement du Rwanda, plus précisément du ministère de la Santé et les sites des différents organismes venant en aide aux Rwandais ayant des problèmes de santé mentale, ont été consultés. La littérature portant sur l'efficacité de la TEN auprès des adultes rwandais s'est avérée insuffisante pour dresser des conclusions claires quant à son efficacité auprès de cette population. Or, en tenant compte des autres populations qui ont suivi le traitement par la TEN, des données encourageantes sur son efficacité auprès des adultes ayant connu des violences interpersonnelles, ont pu être présentées. Ces résultats suggèrent que la TEN pourrait être bien reçue par certains adultes réfugiés, des prisonniers ou des personnes qui ont vécu différentes formes de torture ou de persécution politique. La plupart de ces études montrent que la TEN a permis la diminution des symptômes post-traumatiques et a généré des améliorations significatives, comparativement aux groupes contrôles. Comme ces populations ont des histoires traumatiques semblables à celles des Rwandais, ces résultats laissent entrevoir le potentiel de la TEN chez les Rwandais adultes. De plus, ces résultats tiennent compte des personnes issues des cultures diverses. Toutefois, ils ne permettent pas de se prononcer sur l'importance d'apporter des adaptations culturelles de la TEN. Tenant compte des particularités culturelles associées aux symptômes post-traumatiques au Rwanda, une réflexion à propos de l'adaptation de la TEN est essentielle pour favoriser l'avancement des connaissances dans le traitement du TSPT au Rwanda, d'où la réalisation de ce mémoire.

Considérant ces constants, les étapes d'adaptation culturelle pour la TEN ont été identifiées. Les recommandations d'adaptations culturelles les plus fréquemment émises dans la littérature scientifique ont été prises en considération, y compris des recommandations ciblant l'engagement thérapeutique, l'évaluation psychologique

initiale et les modifications au protocole d'intervention lui-même. Les modifications faites sur la TEN portent généralement sur la partie d'intervention. Ces modifications mettent l'accent notamment sur la façon de s'introduire comme intervenant. Cette étape semble importante, car elle constitue l'initiation à l'intervention psychologique pour les Rwandais. Les modifications portent aussi sur les méthodes, le matériel utilisé lors des séances thérapeutiques ou celui à remettre à l'individu. Les modifications ont aussi été envisagées pour tenir compte des traumatismes multiples. Somme toute, le protocole final de la TEN augmente sa recevabilité aux yeux des Rwandais adultes.

Pour cette raison, le second objectif de ce mémoire visait à valider la pertinence de l'adaptation de la TEN. Cette validation a été effectuée à travers les discussions dans un groupe formé en grande partie de Rwandais ayant connu le génocide de 1994, dont certains professionnels en santé mentale. Participaient également deux doctorants en psychologie ainsi que le directeur de la présente recherche. Les résultats des discussions ont fourni de nouveaux éléments constructifs à la TEN adaptée. Ces éléments ont été intégrés au modèle par l'auteure de ce mémoire.

Malgré cela, ce mémoire présente aussi des limites. D'abord, certains peuvent considérer l'emphase mise sur le TSPT et la TEN comme étant discutable. En effet, la TEN a été utilisée en grande partie auprès des réfugiés qui vivaient, pour la plupart, des situations de crise (les réfugiés de guerre, les demandeurs d'asile dont les conditions de vie étaient moins bonnes). Alors, comment la TEN pourra-t-elle porter ses fruits au Rwanda, 19 ans après les événements traumatiques et où les conditions de vie actuelles des Rwandais diffèrent-elles de celles et de ceux qui vivent ces situations de crise? La TEN n'est-elle pas une forme d'intervention brève, efficace uniquement en cas de crise? Pourra-t-elle aider la population rwandaise, qui ne vit plus dans cet état de crise? Sur ce, nous pensons que des blessures traumatiques de certains Rwandais sont encore présentes aujourd'hui et les font souffrir, même après plusieurs années après la guerre et le génocide. Nous pensons que ces Rwandais souffrent en silence, car la culture

rwandaise et la situation sociopolitique au Rwanda ne leur permet pas d'extérioriser ce qu'ils ressentent. Si ce n'est pas le cas, comment peut-on expliquer la situation des 28,4 % des Rwandais qui ont le TSPT? (Munyandamutsa, 2008).

Les participants dans le groupe de discussion ont aussi évoqué le fait que les Rwandais n'ont pas assez confiance aux interventions psychothérapeutiques. Cela s'explique par le fait que depuis longtemps, les problèmes de santé mentale n'ont pas été traités et guéris. Si tel est le cas, en quoi la TEN adaptée sera-t-elle différente des autres formes d'intervention pour assurer une diminution des symptômes post-traumatiques d'une manière durable, à long terme? Ce sont des questions que certaines personnes peuvent se poser quant à l'efficacité de la TEN adaptée au contexte rwandais. Cependant, il nous revient de souligner que l'adaptation de la TEN proposée dans ce mémoire n'est qu'une phase préliminaire, résultant des réflexions de l'auteure. D'autres études pourront donc être menées pour évaluer son efficacité, à court ou à long terme, auprès de la population qui ne vit plus en situation de crise et qui présente encore des symptômes du TSPT.

Étant donné les circonstances horribles que les Rwandais ont vécues à la suite du génocide de 1994, certaines personnes peuvent percevoir les Rwandais en général comme étant des victimes dont la santé mentale est fragile. Ces perceptions peuvent trouver un appui dans la définition même du TSPT. En effet, la plupart des Rwandais ont été des témoins, oculaires ou auriculaires, de mort ou de menace de mort. Leur intégrité physique et psychologique a été menacée. Cependant, il est important d'émettre des réserves avant de tirer des conclusions semblables, puisque n'importe quelle population peut être dotée des facteurs de résilience. Ce mémoire a été rédigé en gardant en tête la prévalence élevée du TSPT au Rwanda plusieurs années après l'ÉT, mais aussi des facteurs de protection qui ont pu aider les individus à continuer à vivre, malgré le rappel constant des ÉT. Des études ultérieures quant à l'évaluation et au traitement du TSPT au Rwanda sont suggérées afin de mieux aider les Rwandais et assurer leur bien-être. Des chercheurs devraient aussi s'intéresser davantage aux

facteurs de résilience chez les Rwandais, afin de s'en servir pour apporter une aide psychologique basée sur les forces de l'individu présentant le TSPT.

De surcroît, en tenant compte des pertes humaines et matérielles qu'ont connues les Rwandais à la suite de la guerre et du génocide de 1994, certains peuvent se demander pourquoi on a choisi la TEN au lieu d'une autre forme d'intervention basée, par exemple, sur la gestion du deuil et encore pourquoi on a choisi le TSPT plutôt qu'un autre trouble de santé mentale. Encore une fois, l'accent mis sur la TEN et le TSPT dans ce mémoire ne doit pas être perçu comme minimisant l'importance d'autres formes d'interventions prouvées efficaces ou d'autres besoins ou réalités associés à la santé mentale des Rwandais. Il faut considérer cette étude comme pouvant être l'une des réponses possibles aux différents besoins psychologiques des Rwandais présentant des symptômes post-traumatiques. Aussi, de tels questionnements devraient susciter l'intérêt des chercheurs pour ce qui est de l'amélioration du bien-être psychologique des Rwandais.

Partant des informations des chapitres II et III, pourquoi tant d'importance a-t-elle été accordée à la TEN dans ce mémoire? Il existe d'autres traitements qui ont été utilisés au Rwanda, pourquoi ne pas exploiter ce qui existe déjà? Dans ce mémoire, on n'ignore pas la possibilité de l'efficacité d'autres formes de traitements du TSPT utilisées au Rwanda. Malheureusement, aucune de ces dernières ne figure parmi les traitements actuels prouvés empiriquement efficaces pour le TSPT et aucune étude scientifique n'a été réalisée pour évaluer leur efficacité à long terme auprès des Rwandais. Comme la TCC et ses différentes formes de traitement, y compris la TEN, constituent l'approche de traitement de choix pour le TSPT dans les pays occidentaux, il est normal d'explorer leur utilité dans des populations non occidentales, notamment les Rwandais. Quelques études présentées dans ce mémoire (3.7) ont placé la TEN parmi les formes d'intervention de choix pour traiter le TSPT issu des violences interpersonnelles. Ainsi,

est venue l'idée de l'adapter à la culture rwandaise. Bref, le choix de la TEN part des appuis empiriques résultant des études réalisées auprès des différentes populations.

De plus, la TEN originale a été utilisée auprès des Rwandais qui vivaient dans les camps de réfugiés en Ouganda, mais également auprès des jeunes Rwandais qui vivaient au Rwanda (Shauer, Neuner et Elbert, 2008, 2009). Si les résultats de ces études n'ont pas été contestés, certains pourraient se demander pourquoi adapter la TEN auprès des Rwandais. Nous n'avons pas ignoré les résultats de ces études en décidant d'adapter la TEN au contexte rwandais. L'adaptation a été réalisée en ayant en tête que pour qu'une intervention psychothérapeutique réussisse, doit tenir compte des aspects culturels de la personne. La TEN originale auprès des Rwandais a été menée par les individus venant de la même culture que les personnes, qui ont reçu une formation de quelques semaines ou de quelques mois. On ne voit nulle part dans ces études, si l'état mental de ces individus avait été évalué au préalable ou bien s'il n'y a pas des relations immédiates avec les personnes, ce qui pourrait nuire à une intervention selon certains auteurs et selon l'éthique. Dans le cas contraire, ce sont les auteurs de la TEN qui menaient l'intervention, ce qui nécessitait automatiquement le recours à des interprètes. Or, on trouve dans le troisième chapitre de ce mémoire, les problèmes pouvant être liés aux interprètes lors d'une intervention psychothérapeutique. De plus, étant donné qu'il n'y a pas eu de suivi après traitement, on se demande si l'efficacité de la TEN originale auprès des Rwandais était à court ou à long terme. La TEN a alors été adaptée pour éviter certains problèmes pouvant découler de l'une ou de l'autre de ces situations en vue d'avoir une forme d'aide culturellement appropriée, faite sur mesure pour les Rwandais. Ceci dit, ce mémoire a été rédigé par une femme rwandaise, ayant grandi au Rwanda et ayant côtoyé certains Rwandais ayant le TSPT lors de ses stages cliniques de premier cycle universitaire en psychologie clinique au Rwanda. Il est probable que les propos soient teintés par une vision restreinte d'une expérience personnelle sur l'intervention psychologique au Rwanda. Cela doit être pris en compte à la lecture de ce

mémoire et susciter l'intérêt des chercheurs et des intervenants rwandais sur la TEN adaptée pour faire avancer les connaissances.

Quant à la partie portant sur le TSPT au Rwanda, on a constaté qu'il n'y a pas beaucoup d'ouvrages et d'études qui ont été effectuées dans ce domaine. Ainsi, il a été impossible de nuancer les différents points de vue des auteurs et de comprendre en profondeur l'état du TSPT au Rwanda. Le progrès technologique étant moins développé au Rwanda, il a été difficile d'accéder aux rapports ou aux autres documents internes de certains organismes œuvrant dans le domaine de la santé mentale.

Par ailleurs, les informations présentées dans le chapitre V auraient pu être enrichies par l'inclusion de publications issues des approches transculturelles, plus spécialement des approches élaborées pour venir en aide aux personnes venant du continent africain. Sans doute que de tels écrits, s'ils ont été approuvés scientifiquement, seraient d'une grande richesse pour l'adaptation de la TEN, car ils auraient pu compléter les propos de l'auteure. Ceci pourrait faire l'objet des études futures.

Finalement, dans le chapitre V et VI, il pourrait être argumenté que les intérêts des Rwandais ayant le TSPT seraient mieux défendus par des personnes issues de la communauté rwandaise qui interviennent psychologiquement auprès de cette clientèle ou qui ont une certaine connaissance sur le TSPT au Rwanda. Or, le groupe de discussion sur la TEN adaptée comprenait une seule participante travaillant dans le domaine de la santé mentale à Montréal. Elle affirme n'avoir jamais rencontré un Rwandais dans son milieu de travail. De plus, elle a quitté le Rwanda en 1994 et depuis, elle y est retournée quelques semaines pour la visite de sa famille. Elle affirme n'avoir aucune idée de l'état du TSPT au Rwanda actuellement. Les autres Rwandais participant au groupe de discussion sont aussi tous dans la même situation qu'elle. Ils habitent au Canada depuis plusieurs années, ils ne sont jamais retournés au Rwanda après le génocide ou bien ils y sont allés pour quelques jours. Cela pourrait être une

limite quant à leur façon de voir et de comprendre le TSPT que vivent les Rwandais demeurant au Rwanda actuellement. On suggère alors à tous ceux qui sont intéressés à mener des études sur le TSPT au Rwanda, d'aller sur le terrain et de mener leurs études avec des personnes qui connaissent mieux le terrain. Si on avait pu, par exemple, rencontrer les intervenants en santé mentale œuvrant au Rwanda, on aurait eu d'autres réflexions constructives dans le domaine. Bref, les propos de ces deux chapitres pourraient donc être enrichis si on avait pu mener les discussions avec les Rwandais qui connaissent bien l'état et le traitement du TSPT au Rwanda. Sur ce, l'auteure propose que le contenu de la TEN adaptée soit revu dans le futur, d'autres études devraient être menées pour son amélioration, toujours dans le but de mettre en place une forme d'intervention faite sur mesure pour aider les Rwandais ayant le TSPT.

Enfin, à la lumière des thèmes explorés dans ce mémoire et de la rareté de la littérature scientifique sur le traitement du TSPT auprès des Rwandais, certaines pistes de recherche futures peuvent être proposées. D'abord, des données empiriques à propos des besoins de santé mentale tels que perçus par les Rwandais eux-mêmes, à propos de la perception de la psychothérapie et à propos des différentes menaces à l'engagement thérapeutique, sont requises. Des sondages auprès des Rwandais adultes, ainsi que la consultation des professionnels en santé mentale au Rwanda ou des experts interculturels en traitement des troubles de santé mentale, s'avèrent des stratégies à envisager pour recueillir ces renseignements. Ces données pourraient être complétées par des observations recueillies sur le terrain, ainsi que la consultation de dossiers (médicaux et psychiatriques) ou auprès d'autres professionnels de la santé à propos des besoins biopsychosociaux et économiques des Rwandais ayant le TSPT. Cette méthode pourrait fournir un appui scientifique à l'hypothèse de la nécessité d'adapter la TEN pour le Rwanda.

Ensuite, des études approfondies portant sur l'efficacité des protocoles de traitement existants sont aussi requises. Les protocoles présentés dans le chapitre II favorisent plus

les interventions psychologiques de groupe. La TEN adaptée, quant à elle, favorise une intervention en individuel. Une fois ces données disponibles, on pourrait avoir une nouvelle façon de réfléchir quant à la forme d'un traitement adéquat pour les Rwandais ayant le TSPT en général. Ces données pourraient également servir aux autres chercheurs et favoriser l'avancement de la science dans les pays non occidentaux. Les démarches visant l'amélioration, l'implantation et la validation de la TEN adaptée aux Rwandais doivent également se poursuivre.

En terminant, il importe de souligner à nouveau la grande résilience des Rwandais, de reconnaître que la majorité de ceux-ci ne développent pas un TSPT, même s'ils ont vécu des expériences potentiellement traumatiques. Ce mémoire concernait plutôt les Rwandais affectés par le TSPT et qui peuvent demander et bénéficier de soins en santé mentale. Le fait que d'autres approches puissent être dignes d'intérêt et potentiellement efficaces pour traiter le TSPT chez les Rwandais est un second point important à réitérer. Bien entendu, des considérations à propos de l'adaptation culturelle de la TEN pour le Rwanda peuvent sembler éloignées de la réalité de la pratique psychothérapeutique sur le terrain. Il y a certainement place à un rapprochement entre la recherche clinique et la mise en pratique de cette intervention. Il aurait peut-être été utile d'étudier davantage les caractéristiques et impacts des interventions couramment offertes sur le terrain, pour pouvoir orienter les adaptations culturelles de la TEN selon les données recueillies. Il est important de lire ce mémoire en ayant en tête que les informations qui y figurent proviennent des publications consultées sur l'état du TSPT et de son traitement au Rwanda et sur des données scientifiques portant sur le traitement du TSPT en général. Ces informations proviennent également de l'expérience de l'auteure sur le terrain lors des stages cliniques du premier cycle universitaire et aussi des idées de quelques Rwandais qui ont participé au groupe de discussion. Les avenues de recherche sont innombrables, puisque le domaine d'étude portant sur le traitement du TSPT au Rwanda par les approches utilisant des stratégies scientifiquement prouvées efficaces à ce jour et les Rwandais ayant le TSPT est en émergence. Par ailleurs, au-delà

de la question des Rwandais adultes, il est essentiel que des chercheurs explorent quand et comment transposer les interventions démontrées efficaces aux enfants rwandais. Espérons que les années à venir soient caractérisées par un intérêt grandissant pour le traitement du TSPT au Rwanda en particulier et pour le traitement des autres troubles de santé mentale chez les Rwandais en général.

ANNEXE A

CRITÈRES DE DIAGNOSTIC DU TROUBLE DE STRESS POST- TRAUMATIQUE

Trouble de stress post-traumatique selon le DSM-IV-TR

Le premier critère (A) est lié à l'exposition à un ÉT. L'individu a vécu ou a été témoin d'un ou de plusieurs événements durant lesquels des individus ont pu mourir, sont morts ou ont été gravement blessés, ou menacés de mort ou de graves blessures. Ou encore, sa propre intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être menacée (Critère A1). Brillon (2010) ajoute que l'exposition à un ÉT implique aussi le fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche. La réponse à cet événement se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (Critère A2).

Le critère B est en lien avec des reviviscences persistantes de l'ÉT. Ces dernières se manifestent soit sous forme de souvenirs répétitifs et envahissants, sous forme d'images, de pensées ou de perceptions. Ces souvenirs entraînent un sentiment de détresse chez la victime (B1); la victime peut aussi avoir des rêves répétitifs et pénibles qui provoquent un sentiment de détresse (B2); des flashbacks caractérisés par l'impression soudaine que l'ÉT allait se reproduire (B3); le sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'ÉT vécu (B4); et enfin, les réactions physiologiques lors de l'exposition à des indices internes ou externes ressemblant à un aspect de l'ÉT en cause (B5).

Le troisième critère (critère C) se réfère à l'évitement des situations associées au traumatisme et émoussement des réactions générales. La victime fait des efforts pour éviter : les pensées, les sentiments ou les conversations associées à l'ÉT (C1); les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs de l'ÉT (C2); elle manifeste l'incapacité à se rappeler un aspect important de l'ÉT (C3); elle manifeste aussi une réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou une diminution de sa participation à ces activités (C4); elle éprouve un sentiment de détachement d'autrui ou de devenir étranger aux autres (C5). On observe aussi une restriction des affects chez la victime (C6) et un sentiment d'avenir bouché (C7). Les trois premiers critères (C1, C2 et C3) réfèrent aux symptômes d'évitement tandis que les critères C4, C5, C6 et C7 réfèrent aux symptômes d'émoussement (Brillon, 2010). L'évitement est actif quand la victime évite par exemple des personnes et des lieux qui lui rappellent l'ÉT, évite de parler et même de penser à l'ÉT. Il est passif en cas de dissociation ou de détachement face aux autres personnes (Shauer, Thomas et Elbert 2005).

Le critère D : comprend des symptômes d'activation neuro-végétative caractérisés par des difficultés d'endormissement ou du sommeil interrompu (D1); l'irritabilité ou accès de colère (D2); les difficultés de concentration (D3); l'hypervigilance (D4) et les réactions de sursauts exagérés (D5).

Le critère E souligne que la durée des symptômes doit être de plus d'un mois. Le dernier critère F est en lien avec une détresse importante suite à la perturbation qui entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. (APA, 2000).

ANNEXE B

ÉCHELLE DE VALIDATION DES THÈMES

Thèmes	0	1	2	3
1. La TEN adaptée au contexte rwandais est basée sur la psychoéducation et l'exposition en imagination à l'ÉT. Pensez-vous que ces méthodes d'intervention appliquées au contexte rwandais pourraient contribuer à la diminution des symptômes du TSPT chez un adulte rwandais ?				
Commentaires :				
2. Dans la TEN adaptée, l'intervenant a recours à des exemples concrets liés à la vie quotidienne des Rwandais, il aborde certains éléments de la culture rwandaise pouvant contribuer au développement et au maintien du TSPT (proverbes et chansons, destructions de liens et valeurs sociales). Pensez-vous que cela peut aider le Rwandais quant à la compréhension de sa situation, du bon déroulement et l'atteinte des objectifs de l'intervention ?				
Commentaires :				
3. Que pensez-vous du rôle actif de l'individu dans la TEN adaptée (faire des exercices à domicile, consulter des documents en dehors des séances thérapeutiques, s'appropriier le modèle théorique et produire un récit cohérent) ?				

Commentaires :

4. Pensez-vous que la TEN adaptée soit une forme d'intervention pertinente pouvant aider les adultes rwandais ayant le TSPT? Pensez-vous que cette méthode d'intervention pourra contribuer à la diminution des symptômes du TSPT et à l'amélioration de la qualité de vie des Rwandais ?

Commentaires :

ANNEXE C

TABLEAU COMPARATIF ENTRE LES PROTOCOLES ORIGINAL,
ADAPTÉ ET FINAL (VALIDATION)

Étape 1. Étapes préliminaires

1.1 Objectifs thérapeutiques et étapes à suivre

Protocole original	Protocole adapté	Protocole final
A. Objectifs thérapeutiques		
1) Écrire le récit narratif cohérent	1) Assurer une bonne compréhension du TSPT	1) Assurer une bonne compréhension du TSPT
2) Diminuer l'importance des ÉT sur le vécu de l'individu	2) Assurer une diminution des symptômes du TSPT	2) Établir un lien entre l'ÉT et les symptômes actuels de l'individu 3) Assurer une diminution des symptômes du TSPT
La durée prévue est de 8 séances	La durée prévue est à partir de 8 séances	La durée prévue est selon la gravité des symptômes
B. Étapes à suivre		
1) Aider les victimes à transformer des éléments de leur mémoire implicite en mémoire explicite	1) Aider l'individu à comprendre les modalités d'intervention	1) Amener l'individu à avoir confiance en l'intervenant
2) Accompagner l'individu à faire une ligne de vie	2) Accompagner l'individu à faire une ligne de vie	2) Aider l'individu à comprendre les modalités d'intervention

3) Établir un récit autobiographique cohérent	3) Établir un récit autobiographique cohérent	3) Établir une entente sur les finalités d'un document autobiographique
4) Produire un document autobiographique	4) Produire un document autobiographique	4) Établir un récit autobiographique cohérent
5) Transmettre le document à l'individu et aux organismes de droits de l'homme	5) Remise du document autobiographique à l'individu et aux personnes concernées	5) Produire un document autobiographique
		6) Transmission ou destruction du document selon l'entente

1.2 Population cible, indications et limites

Protocole original	Protocole adapté	Protocole final
A. Population cible		
Personnes victimes des violences interpersonnelles, présentant des traumatismes multiples, répétitifs ou de longue durée	Les Rwandais ayant vécu la guerre et le génocide et présentant un TSPT	Les Rwandais ayant un TSPT résultant de la guerre et du génocide
B. Indications		
Réfugiés de la guerre, prisonniers politiques, personnes vivant dans des situations politiques instables, demandeurs d'asile, personnes ayant vécu des sévices sexuels ou physiques, des violences conjugales, etc.	Les Rwandais adultes ayant vécu la guerre et le génocide et ayant un TSPT	Les Rwandais adultes ayant un TSPT résultant de la guerre et du génocide
C. Limites		
1) Incapacité de communiquer verbalement	1) Incapacité de communiquer verbalement	1) Incapacité de communiquer verbalement
2) Manque de motivation	2) Peur de raconter son histoire	2) Manque de confiance
3) Peur de raconter son histoire	3) Peur de stigmatisation	3) Peur de stigmatisation
4) Désespoir	4) Désespoir	4) Désespoir
5) Abus des substances	5) Abus des substances	5) Abus des substances
6) Culpabilité	6) Culpabilité	6) Culpabilité
		7) Préjugés
		8) Peur de raconter son histoire
		9) Troubles psychiatriques graves

Étape 2 : Intervention

2.1 Introduction et évaluation psychodiagnostic

Protocole original	Protocole adapté	Protocole final
A. Présentation		
1) Présentations	1) Présentations	1) Présentation et explication des objectifs et des modalités d'intervention
2) Explications des procédures d'intervention	2) Explication de la méthode d'intervention en faisant lien avec la médecine	2) Expliquer en quoi le protocole validé diffère et complète la médecine
3) Information sur la confidentialité		3) Bâtir la confiance (son importance, garantir la sécurité, la confidentialité) 4) Moment des questions
B. Évaluation		
1) Recueillir des données sociodémographiques	1) Histoire médicale et psychiatrique	1) Évaluer les troubles mentaux et formuler l'impression clinique
2) Recueillir les données sur l'histoire médicale et psychiatrique de l'individu	2) S'informer sur les types d'interventions obtenues (moderne ou traditionnelle)	2) S'informer sur l'histoire médicale et psychiatrique
3) Passation des entrevues et autres instruments d'évaluation du TSPT	3) S'informer sur l'histoire familiale et soutien social reçu ou disponible 4) Évaluer les plaintes (somatiques, mentales ou les deux)	3) S'informer sur les types d'interventions obtenues (moderne, traditionnelle ou les deux) 4) S'informer sur l'histoire familiale, le niveau d'interaction social, le soutien social reçu ou disponible 5) Évaluer les plaintes (somatiques, mentales ou les deux) 6) Évaluer les stratégies de gestion des problèmes

2.2 Engagement thérapeutique et psychoéducation

Protocole original	Protocole adapté	Protocole final
A. Engagement		
Dans la TEN originale, cette partie est faite au moment de la présentation	1) Considérations éthiques: La confidentialité 2) Participation active 3) Signature d'un formulaire de consentement	1) Assurer l'individu de la sécurité et de la confiance 2) Parler de la confidentialité et de l'engagement thérapeutique 3) Informer l'individu de sa participation active 4) Établir un lien entre les objectifs de l'intervention et ceux de l'individu 5) Faire une entente quant aux fins du document autobiographique 6) Présenter et signer le formulaire de consentement
B. Psychoéducation		
1) Explication de l'état de santé psychologique actuel et du TSPT	1) Expliquer l'origine, le développement et les conséquences du TSPT	1) Définir le TSPT, expliquer son origine, son développement et ses conséquences
2) Normalisation et explication des symptômes : origine, développement et conséquences	2) Présenter le modèle théorique du TSPT et aider l'individu à s'en approprier	2) Présenter le modèle théorique du TSPT et aider l'individu à s'en approprier
3) Moment des questions	3) Expliquer les facteurs de risque et de protection 4) Expliquer les critères diagnostiques 5) Expliquer les conséquences du TSPT non traité	3) Expliquer les facteurs de risque et de protection 4) Expliquer les critères diagnostiques 5) Expliquer les conséquences du TSPT non traité

2.3 Récit autobiographique et exposition

Protocole original	Protocole adapté	Protocole final
A. Récit autobiographique et exposition		
1) Préparer l'individu au récit autobiographique : Faire une ligne de vie	La préparation au récit	
2) Exposer l'individu à l'ÉT: Identifier l'ÉT ou les ÉT À partir de l'histoire de l'individu	1) Brève explication du déroulement de l'intervention	1) Brève explication du déroulement de l'intervention
3) Évaluer le contexte de l'ÉT : Donner le plus de détails possible	2) Rappel sur la différence entre l'intervention TEN et d'autres méthodes d'intervention	2) Rappel sur la différence entre la TEN et d'autres méthodes d'intervention (la médecine)
4) Le récit et la mémoire vive: Activer la structure de peur en insistant sur l'ÉT	3) Rappel sur le rôle actif de l'individu	3) Rappel sur le rôle actif de l'individu
5) Assurer l'habituatation : répéter et compléter les différentes séquences de l'ÉT	4) Rappel sur les conséquences de l'évocation de l'É	4) Rappel sur les conséquences de l'évocation de l'ÉT
6) Fin de l'exposition et mieux-être : s'assurer que la peur soit diminuée	5) Moment des questions	5) Moment des questions
7) Planifier la prochaine session : Sessions thérapeutiques rapprochées au début (deux sessions/semaine)		

2.4 Exposition au premier ÉT

Protocole original	Protocole adapté	Protocole final
Voir la partie précédente	<p>1) L'individu raconte en détail le premier ÉT; lui laisser le temps d'exprimer les émotions associées</p> <p>2) Faire la psychoéducation sur les difficultés de l'individu à faire un récit détaillé</p> <p>3) Faire la psychoéducation sur les émotions observées</p> <p>4) Proposer des activités à domicile</p> <p>5) S'assurer que la peur et les émotions chez l'individu soient diminuées avant de mettre fin à la séance (période de l'après ÉT)</p> <p>6) Donner des activités à domicile</p>	<p>1) Faire un résumé du premier ÉT de l'échelle et encourager l'individu à donner les détails</p> <p>2) Évaluer l'effet de cette évocation sur les émotions de l'individu</p> <p>3) Évaluer les situations pouvant empêcher l'individu à faire un récit détaillé</p> <p>4) En discuter avec l'individu</p> <p>5) Faire la psychoéducation sur les situations pouvant empêcher l'individu de faire son récit détaillé ou sur les émotions éprouvées lors de la séance (période de l'après ÉT)</p> <p>6) Proposer des activités à domicile</p>

2.5 Les séances subséquentes

Protocole original	Protocole adapté	Protocole final
1) Lire à l'individu son récit	1) Retour sur la séance précédente	1) Retour sur la séance précédente
2) Correction du récit : modification ou ajout des éléments par l'individu	2) Évaluation sur la réalisation des activités proposées	2) Évaluation sur la réalisation des activités proposées
3) Passer à l'ÉT suivant et procéder comme le précédent	3) Au besoin, faire la psychoéducation là-dessus	3) Au besoin, faire la psychoéducation sur la situation
	4) Retour à l'échelle des ÉT et entamer le suivant	4) Rappel des consignes pour faire un récit cohérent
		5) Retour à l'échelle de gravité des ÉT
		6) Deuxième ÉT et suivre les étapes comme le premier ÉT
		7) Activités à domicile et fin de la séance
		8) Si l'individu a vécu plusieurs ÉT, suivre les même étapes jusqu'à ce qu'on obtienne un récit cohérent et que l'individu a atteint un nouveau mode de réagir devant les souvenirs traumatiques

Étape 3. Plan d'avenir et fin de l'intervention

Protocole originale	Protocole adapté	Protocole final
1) Relire au complet le récit, faire les dernières corrections ou modifications	1) S'assurer qu'il y ait une habitude face à l'ÉT et une gestion efficace des émotions	1) S'assurer que l'individu a atteint un certain niveau d'habitude et gestion efficace des émotions en souvenir des ÉT
2) Signature du document	2) S'assurer que l'individu a obtenu une certaine signification à l'ÉT	2) S'assurer qu'il a obtenu une certaine signification à son état de santé actuel et qu'il est capable d'y faire un lien avec l'ÉT
3) Remise des copies à l'individu et transmission d'une copie à des organisations des droits de l'homme	3) Être capable d'expliquer des mécanismes en jeux lors du TSPT à partir du modèle théorique	3) Faire l'évaluation du TSPT avec les instruments de mesure utilisés au départ
	4) Faire un résumé du récit pour dernières corrections ou modifications	4) Faire un résumé du récit pour les dernières corrections ou modifications
	5) Prévoir des séances pour le suivi post-traitement (individuellement ou en groupe)	5) Prévoir des séances pour le suivi post-traitement (individuellement ou en groupe)
	6) Signature et remise du document à l'individu	6) Signature, remise ou destruction du document

ANNEXE D

DIFFICULTÉS ET SOLUTIONS IDENTIFIÉES POUR LA MISE EN PRATIQUE DE LA TEN ADAPTÉE (Validation)

1. Manque de confiance/ la méfiance

Difficultés	Pistes de solutions
Manque de confiance en intervenant ou le doute sur les compétences de l'intervenant	<ol style="list-style-type: none">1) Bien se présenter, expliquer sa méthode de travail et expliquer en quoi sa méthode se diffère et se complète avec le travail des autres professionnels de santé2) Expliquer ses expériences professionnelles, répondre aux questions de l'individu et respecter son rythme3) Établir un lien entre les objectifs de l'intervention et ceux de l'individu4) Informer l'individu de la possibilité de travailler en collaboration avec d'autres professionnels de la santé
La méfiance entre les Rwandais	<ol style="list-style-type: none">1) Revenir sur les objectifs de l'intervention et le rôle de la confiance en intervenant tout au long du processus et de l'atteinte des résultats2) Parler du rôle du soutien social dans l'apparition et la gestion des symptômes3) Choisir les tâches simples, compréhensibles, accessibles, qui prendront peu de temps (ramasser une pierre quand ça va mal, une feuille ou une fleur quand ça va bien, dans un calendrier, mettre un signe plus (+) quand tout va bien ou un signe moins (-) quand ça va mal4) Faire varier et donner des tâches qui ne demande pas ni lire ni écrire, de ses capacités et des moyens à sa disposition

2. La peur

Difficultés	Pistes de solutions
La peur de demander de l'aide ou de s'engager dans un processus thérapeutique	<p>1) Associer la cause aux gens intègres à qui les Rwandais peuvent avoir confiance (des artistes professionnels, des religieux, des enseignants, etc)</p> <p>2) Faire des publicités et des sensibilisations auprès de la population (sur le TSPT, origine, développement et conséquences)</p> <p>3) Donner à l'individu une garantie quant à sa sécurité et la confidentialité des informations</p> <p>4) Informer l'individu de ses droits quand l'intervenant ne respecte pas l'entente</p> <p>5) Signer un formulaire de consentement</p>
La peur de produire et de garder un document narratif	<p>1) Faire une entente avec l'individu quant à la production et la conservation du document autobiographique</p> <p>2) L'individu donne les noms des personnes qu'il autorise à avoir accès à ce document</p> <p>3) Selon l'entente et en présence de l'individu, détruire le document autobiographique à la fin de l'intervention</p>

3. Récit narratif

Difficultés	Pistes de solutions
Difficultés de produire un récit narratif cohérent	1) Tenir compte des indications et contre-indications de la méthode d'exposition identifiées par les scientifiques
	2) S'assurer que l'individu a atteint un niveau élevé de confiance
	3) Tenir compte du nombre des ÉT et prévoir assez de temps pour une écoute active
	4) Évaluer la capacité de l'individu à encaisser le coup et les stratégies qu'il utilise pour surmonter les difficultés
	5) Tenir compte de la longueur du récit et des émotions que peut générer l'évocation des ÉT
	6) Rappel sur les conséquences d'absence d'aide en cas du TSPT ainsi que l'importance de jouer un rôle actif dans l'intervention en vue d'assurer la diminution des symptômes post-traumatiques

4. Le désintérêt et difficultés dans l'accomplissement des tâches

Difficultés	Piste de solution
Le désintérêt de poursuivre l'intervention ou les difficultés à jouer le rôle actif de la part de l'individu	<p>1) Essayer de poser des questions sur la situation pour savoir l'origine du désintérêt</p> <p>2) Faire la psychoéducation sur ce que l'individu rapporte, montrer l'avantage ou le désavantage de poursuivre ou non l'intervention</p> <p>3) Rappel sur l'importance de la participation de l'individu dans la diminution des symptômes</p>
Impossibilité d'accomplir les tâches à domicile; l'analphabétisme	<p>1) S'informer auprès de l'individu des raisons du non accomplissement des tâches (manque de temps, manque de motivation, etc.) et y faire la psychoéducation</p> <p>2) Choisir les tâches simples, compréhensibles, accessibles et qui prendront peu de temps (ramasser une pierre quand ça va mal, une feuille d'arbre ou une fleur quand ça va bien, dans un calendrier, mettre un signe plus (+) quand tout va bien ou un signe moins (-) quand ça va mal)</p> <p>3) Faire varier et donner des tâches qui ne demandent ni lire ni écrire, de ses capacités et des moyens à sa disposition</p>

5. Interventions psychothérapeutiques, problèmes de santé mentale et croyances associées

Difficultés	Pistes de solutions
Les interventions psychothérapeutiques peu répandues, les méthodes peu connues ou différentes de celles auxquelles l'individu s'est habitué	1) Rappel sur les objectifs de l'intervention, les principes du déroulement de la TEN 2) Psychoéducation sur la complémentarité de la TEN et la médecine et la possibilité de travailler en équipe
Les problèmes de santé mentale non traités	1) Psychoéducation sur la culture, son rôle dans le développement, le maintien et le traitement du TSPT (par des exemples concrets, l'intervenant et l'individu trouvent des proverbes, chants, contes, etc. qui encouragent les gens à demander de l'aide en cas de difficultés. et demander à l'individu de donner des exemples à son tour)
Les croyances et perceptions face aux problèmes de santé mentale	

ANNEXE E

SYNTHÈSE DES DONNÉES BRUTES

Thème 1. Confiance et engagement du participant

1. Confiance

Idées	Unités	Catégories	Choix des catégories	Thèmes
La présentation et l'explication de la méthode constitue une forme de politesse, ce qui pourrait augmenter la confiance en l'intervenant	Importance de la présentation et de la méthode	Confiance en intervenant	Confiance	Thème 1 : Confiance et engagement: Une bonne présentation et une
La présentation de l'intervenant, ainsi que l'explication de la méthode permettraient de rassurer et de sécuriser l'individu, ce qui l'aiderait à avoir confiance en intervenant et le goût de poursuivre l'intervention	Importance de la présentation de l'intervenant Importance de rassurer et sécuriser l'individu	Rassurance et sécurisation de l'individu	Confiance	bonne explication du TSPT et de la TEN adaptée permettra à l'individu d'avoir confiance et
Certains Rwandais préféreraient s'ouvrir aux étrangers qu'à leurs compatriotes	Difficultés liées au manque de confiance	Manque de confiance en intervenant	Confiance	de s'engager dans le processus d'aide

Garantir la sécurité et la confidentialité en signant le formulaire de consentement pourrait hausser la confiance de l'individu en intervenant	Importance de rassurer et sécuriser l'individu quant au déroulement de l'intervention	Rassurance et sécurisation de l'individu	Confiance
Bien répondre aux questions de l'individu pourrait assurer la confiance envers les compétences de l'intervenant, diminuer les doutes face à l'intervention et augmenter le niveau de confiance et d'engagement	Importance d'une écoute attentive	Écoute attentive	Confiance
	Importance de faire preuve des compétences de l'intervenant	Confiance envers l'intervenant	
Associer la cause (intervention par la TEN adaptée) aux personnes modèles, influentes et inspirantes peut augmenter la confiance des Rwandais en intervenant	Importance de tenir compte de la situation socioculturelle de l'individu pour gagner sa confiance	Gagner la confiance de l'individu	Confiance
L'intervenant a la tâche importante de bâtir la confiance. Sans confiance, quelle que soit l'efficacité de la méthode utilisée, il est	Importance de gagner la confiance de l'individu	Confiance et intervention psychologique	Confiance

difficile, voire impossible d'avoir confiance
d'avoir des résultats positifs en intervenant

L'intervenant a bon de bien	Importance de	Confiance	Confiance
travailler avec les Rwandais	faire preuve de	en	
qui viendront demander de	ses compétences	intervenant	
l'aide. Ceux-ci témoigneront	pour gagner la		
des mérites ou de l'échec de	confiance de la	Confiance	
l'intervention. Ceci aiderait à	communauté	en	
changer la mentalité quant		intervention	
aux problèmes de santé			
mentale et des interventions			
psychologiques au Rwanda			

b. Engagement thérapeutique

Idées	Unités	Catégories	Choix des catégories	Thèmes
Être à l'écoute de l'individu lui permettrait de ne plus se sentir jugé ou stigmatisé, ce qui pourrait lui donner le goût de poursuivre l'intervention	Importance d'une écoute attentive envers l'individu; Facteurs favorisant l'intérêt de poursuivre l'intervention	Écoute attentive et engagement thérapeutique	Engagement thérapeutique	Thème 1 : Confiance et engagement: Une bonne présentation et une bonne explication du TSPT et de la TEN adaptée permettra à l'individu d'avoir confiance et de
Être dans le processus d'aide, manifester une écoute attentive et une compréhension de la situation pourraient augmenter la motivation de l'individu et le goût de poursuivre l'intervention	Importance d'écouter l'individu sans jugement Importance de manifester à l'individu qu'on comprend ce qu'il vit et de lui rassurer qu'on est là pour l'aider	Rassurer l'individu Stimuler l'individu à poursuivre l'intervention	Engagement thérapeutique	s'engager dans le processus d'aide
Bien comprendre de la situation sociopolitique et économique du Rwanda par l'intervenant pourrait rassurer l'individu, car il pourrait	Importance de tenir en considération l'histoire personnelle et communautaire de l'individu lors d'un processus	Considérer la personne dans son intégralité socioculturelle	Engagement thérapeutique	

se sentir compris et motivé à aller jusqu'au bout de l'intervention	thérapeutique psychologique	Rassurance	
À cause de la pauvreté, les Rwandais pourraient juger l'intervention psychologique moins importante et éprouvent moins de volonté à rencontrer un intervenant psychologique	Importance de considérer la personne dans son intégralité physique et psychologique; Importance d'aider l'individu à comprendre les gains d'une intervention réussi	Considérer la personne dans sa globalité; Comprendre les gains d'une intervention et de l'engagement	Engagement thérapeutique
Certains Rwandais ont l'impression que la maladie mentale ne guérit pas. Ils éprouvent un sentiment d'impuissance envers l'intervenant, ont peur d'être étiqueté comme ayant perdu la raison	Importance de considérer la personne dans son intégralité culturelle Doute et désintérêt de poursuivre l'intervention	Démotivation; Absence d'engagement thérapeutique	Engagement thérapeutique

Travailler en collaboration avec d'autres professionnels de la santé augmenterait la motivation de l'individu et favoriserait son engagement thérapeutique	Importance de considérer la personne dans son intégralité physique et psychologique; Importance de reconnaitre ses limites en tant que intervenant; Importance de montrer la volonté de répondre aux besoins de l'individu	Rassurance Reconnaître ses limites de la part de l'interven- nant	Engagement thérapeuti- que
---	--	--	----------------------------------

Thème 2. Méthode d'intervention de la TEN adaptée

Idées	Unités	Catégories	Choix des catégories	Thèmes
La transmission de l'information par la psychoéducation est nécessaire car elle favoriserait la compréhension de la situation actuelle ce qui pourrait diminuer les inquiétudes face à l'intervention	Importance d'expliquer à l'individu les éléments pouvant avoir contribué à la situation actuelle Importance d'aider l'individu à comprendre ce qu'il vit	Informé Expliquer pour aider l'individu à comprendre la situation actuelle	Psycho-éducation	Thème 2 : Méthodes d'intervention de la TEN adaptée: La psychoéducation et l'exposition en imagination constituent de bonnes méthodes pouvant aider les Rwandais à faire face au TSPT. Cependant, certaines situations
La psychoéducation permettra de donner un sens à l'ÉT et d'éclairer l'individu de sa situation actuelle	Importance de donner un sens à la situation actuelle	Donner un sens à l'ÉT; Aider l'individu à comprendre ce qu'il vit	Psychoédu cation	peuvent être des obstacles à surmonter pour des résultats positifs.
L'exposition permettrait de ressentir et de se libérer de la douleur longtemps cachée	Importance de raconter l'histoire personnelle	Exposer l'individu à son histoire traumatique	Exposition à l'ÉT	

La production d'un récit autobiographique pourrait être perçue comme étant menaçante pour certains Rwandais car (se questionner sur la finalité de l'intervention, manque de confiance en intervenant)	Difficultés associées à la méthode utilisée Intervention « menaçante » et peur de raconter l'histoire	Exposer l'individu à son histoire traumatique Peur de la méthode (exposition) Manque de confiance envers l'intervenant	Exposition à l'ÉT Confiance
Certains Rwandais ont des doutes quant à la possibilité d'assurer une diminution des symptômes du TSPT par le simple fait de parler, sans la prise de médicaments, pourrait empêcher l'individu de s'impliquer activement	Difficultés associées à l'application de la TEN adaptée Importance de bien expliquer la méthode	Doutes face aux résultats de l'intervention Explication de la méthode utilisée	Psycho- éducation

Les récits des Rwandais sont dans certains cas très long. Demander à l'individu de répéter et écouter son récit à maintes reprises pourrait engendrer un désintérêt à poursuivre l'intervention	Récits autobiographiques très longs	Difficultés associées à l'exposition à l'ÉT et production d'un récit autobiographique	Exposition à l'ÉT
---	-------------------------------------	---	-------------------

L'intervenant devrait considérer chaque personne comme étant unique (vulnérabilité, âme sensible, etc.) et faire l'exposition en conséquence	<p>Importance de considérer chaque cas comme étant unique</p> <p>Importance de tenir compte du nombre des ÉT et les symptômes associés</p> <p>Importance de respecter le rythme de chacun</p>	Faire l'exposition en tenant compte du nombre des ÉT, des symptômes associés et de leurs effets sur l'individu	Exposition à l'ÉT
--	---	--	-------------------

Thème 3. Culture rwandaise comme outil de la TEN adaptée

Idées	Unités	Catégories	Choix des catégories	Thèmes
Les croyances et les mythes sur la santé mentale pourraient avoir favorisé le développement et le maintien du TSPT au Rwanda	Le rôle des croyances et mythes dans le développement et le maintien du TSPT au Rwanda	Les éléments culturels dans une intervention psychologique Développement et le maintien du TSPT	Culture et intervention psychologique	Thèmes 3. La culture rwandaise comme un outil de la TEN adaptée : La culture
Des proverbes, des chansons et des contes rwandais sont des éléments culturels transmis de génération en génération. Leur utilisation permettrait de transmettre un message clair qui favoriserait une bonne compréhension de l'état actuel de l'individu	Importance de la culture rwandaise dans la compréhension de la situation de l'individu	Culture Explication de l'état de l'individu	Culture et intervention psychologique	rwandaise est l'un des éléments pouvant avoir favorisé le développement et le maintien du TSPT au Rwanda. Cependant, ladite culture offre aux
L'utilisation des éléments de la culture rwandaise permettrait	Importance de tenir compte de la culture de	Culture et intervention psychologique	Culture et intervention psychologique	différentes solutions pouvant

de donner du sens à l'ÉT et assurerait la compréhension de ce que vit l'individu	l'individu pour traiter le TSPT	Rassurance	que	contribuer à la diminution des symptômes du TSPT
	Importance de se servir des éléments de la culture pour rassurer l'individu			
Certains éléments culturels favorisent le silence, les gens ont honte de consulter les intervenants en santé mentale	Le rôle de la culture rwandaise dans le développement et le maintien du TSPT	Les éléments culturels comme facteurs handicapant une intervention psychologique	Culture et intervention psychologique	
		Les éléments culturels, le développement et le maintien du TSPT		
Il est essentiel de savoir à quel moment et dans quelle situation l'intervenant doit utiliser tel ou tel autre mot ou proverbe car,	Importance de comprendre et de tenir compte la culture de l'individu pour traiter le TSPT	Comprendre la culture de l'individu	Culture et intervention psychologique	
		Savoir utiliser les éléments de		

sans le vouloir,	Importance de	la culture dans
l'intervenant peut	comprendre et	le sens
transmettre le message	de savoir quand	constructif
contraire et aggraver le	et comment	
problème de l'individu	utiliser tel ou	
	tels autre	
	élément de la	
	culture lors	
	d'une	
	intervention	
	psychologique	

Les éléments culturels	Importance de	Donner du sens	Culture et
permettraient de	tenir en compte	à l'ÉT	intervention
trouver un sens à l'ÉT	la culture de		psychologi-
et l'acceptation de soi	l'individu pour		que
	assurer la		
	compréhension		
	de la situation		
	actuelle		

Il est possible de briser	Importance de la	Éléments	Culture et
les mythes rwandais	culture pour	culturels dans le	intervention
qui empêchent les	dénouer les liens	traitement du	psychologi-
individus de demander	culturels	TSPT	que
de l'aide en cas de	favorisant le		
problèmes de santé	développement		
mentale	et le maintien du		
	TSPT		

Les éléments culturels permettraient à l'individu d'utiliser ses propres ressources ou celles fournies par sa société, ce qui favoriserait un bon déroulement de l'intervention	La culture comme un outil important pouvant assurer la diminution des symptômes du TSPT.	Éléments culturels et traitement du TSPT	Culture et intervention psychologi- que
---	--	---	--

Thème 4. Participation active à la TEN

Idées	Unités	Catégories	Choix des catégories	Thèmes
Les Rwandais ne sont pas habitués à une participation active dans une démarche thérapeutique, ce qui pourrait constituer un handicap lors de l'intervention avec la TEN adaptée	Facteurs pouvant entraver la participation active de l'individu	Participation active de la part de l'individu	Participation active	Thème 4. La participation active : L'implication active de l'individu dans un processus thérapeutique pourra contribuer à la diminution de ses symptômes actuels
L'implication de l'individu du début à la fin de l'intervention est nécessaire pour assurer la diminution des symptômes du TSPT	Importance de s'impliquer dans un processus thérapeutique de la part de l'individu	Participation de l'individu dans un processus thérapeutique	Le rôle actif	
La participation active permettrait à l'individu de mettre en pratique les stratégies de gestion du problème acquises lors des séances psychothérapeutiques précédentes	Importance de s'impliquer dans un processus thérapeutique de la part de l'individu	Participation de l'individu dans un processus thérapeutique	Le rôle actif	

La pauvreté, l'ignorance, les interventions psychologiques peu répandues, l'analphabétisme et le désintérêt pourraient constituer des handicaps quant à la réalisation des tâches à domicile	Facteurs pouvant entraver la participation active de l'individu	Participa- tion de l'individu dans un processus thérapeuti- que	Participa- tion active
--	--	---	------------------------------

Expliquer à l'individu qu'on parlera de la réalisation des tâches lors de la prochaine séance augmenterait son niveau d'intérêt de participation	Importance de faire un suivi des activités de la part de l'intervenant Importance de bien expliquer la méthode utilisée	Suivi des activités Explication du déroulement de l'interventio n et du rôle de l'individu Engagement thérapeuti- Que	Participa- tion active
---	---	---	------------------------------

Utiliser des moyens compréhensibles et	Importance d'utiliser les outils	Favoriser la réalisation	Participati on active
---	-------------------------------------	-----------------------------	--------------------------

accessibles : les schémas, les dessins, les icônes (un bonhomme sourire, triste...) assurerait le bon déroulement de l'intervention	simple, compréhensible et accessible à l'individu	des tâches données à l'individu
--	--	---------------------------------------

Donner à l'individu des activités à domicile lui permettrait de réfléchir à sa situation actuelle et de la comprendre, ce qui le rendrait plus motivé et se sentir plus responsable dans la recherche de solutions à ses problèmes	Importance de la participation active dans une démarche d'aide psychologique Importance de réaliser les tâches en dehors des séances psychologiques	Réaliser les tâches en dehors des séances psychothé- rapeutiques	Participa- tion active
--	--	---	------------------------------

Donner des tâches peut causer l'anxiété chez l'individu ou bien lui faire douter des compétences de l'intervenant, ce qui peut nuire à l'intervention	Facteurs pouvant entraver la participation active de l'individu	Bien expliquer les tâches à remplir en dehors des séances psychothé- rapeutiques	Psycho- éducation
--	--	---	----------------------

	Importance de bien expliquer l'utilité de réaliser les tâches à domicile	Bien expliquer les attentes possibles après la réalisation des tâches	
Respecter la capacité de l'individu à accomplir les tâches, les moyens à sa disposition ainsi que le rythme de l'individu dans la compréhension et la réalisation des tâches	Importance d'utiliser les outils simples, compréhensible et accessible à l'individu	Favoriser la réalisation des tâches données à l'individu	Méthode d'inter- vention
	Importance de prendre chaque cas comme étant unique et respecter le rythme de l'individu		
Respecter la capacité et le rythme de l'individu dans la compréhension et la réalisation des tâches pourrait augmenter son niveau de confiance et d'engagement	Importance d'être à l'écoute de l'individu et de respecter son rythme	Écoute attentive et le respect de la personne	Confiance

La TEN adaptée permettra à l'individu d'acquérir de nouvelles façons de penser, d'agir et de réagir.	Importance de la TEN adaptée	Méthode de la TEN adaptée	Participation active dans la
Elle permettra également à l'individu de mettre en pratique ses acquisitions en dehors des séances thérapeutiques et assurer un bon déroulement de l'intervention	Importance de la méthode utilisée et la participation active de l'individu	Participation active	TEN adaptée

Thème 5. Importance de la TEN adaptée : Analyse qualitative des données brutes

Idées	Unités	Catégories	Choix des catégories	Thèmes
La TEN adaptée pourra aider non seulement l'individu mais aussi la communauté rwandaise en général	Importance de la TEN adaptée pour l'individu et la communauté rwandaise en général	TEN adaptée dans le traitement du TSPT au Rwanda	TEN adaptée	Thème 5. L'importance de la TEN adaptée : La TEN adaptée bien
La TEN adaptée vaut la peine, le récit narratif pourrait, à la longue, faciliter la transmission de l'histoire aux générations futures.	Importance des méthodes utilisées par la TEN adaptée	TEN adaptées et traitement du TSPT au Rwanda	TEN adaptée	réalisée pourra contribuer à la promotion de la santé mentale au Rwanda
Si des récits narratifs pouvaient être compilés, ils pourraient être enseignés. Cela pourrait aider à limiter ou éviter la transmission du traumatisme aux générations futures	Importance de la TEN adaptée pour la communauté rwandaise en général	Avantage de la TEN adaptée pour la communauté rwandaise	TEN adaptée	Transmission de l'histoire
La confiance en intervenant est nécessaire sinon, la TEN	Importance de bâtir la confiance en intervenant	Méthode utilisée par la TEN	TEN adaptée	

adaptée ne peut rien	dans la TEN	adaptée
apporter à l'individu, car	adaptée	
par sa méthode		Confiance
d'exposition, elle		en
pourrait aggraver ses		intervenant
problèmes au lieu de		
l'aider à s'en sortir		

Par la TEN adaptée,	Importance de	Avantage de	TEN
l'individu pourrait	comprendre les	la TEN	adaptée
comprendre les enjeux	enjeux culturels	adaptée pour	
socioculturels dans le	entourant le	la	
TSTP. Cette	TSPT	communauté	
compréhension pourrait		rwandaise	
avoir un effet	Importance de la		
mobilisateur permettant	TEN adaptée		
de faire face aux	pour la		
séquelles des	communauté		
événements	rwandaise en		
traumatiques vécus	général		

La TEN pourrait être un	Importance de la	Avantage de	TEN
des mécanismes menant	TEN adaptée	la TEN	adaptée
à la réconciliation	pour l'individu et	adaptée pour	
	la communauté	la	
	rwandaise en	communauté	
	général	rwandaise	

ANNEXE F

RÉSUMÉ D'INFORMATIONS ISSUES DU GROUPE DE DISCUSSION

Informations demandées	Données obtenues
Date de discussion :	Le 03 juin 2013
Lieu de discussion :	UQAM, DS-1753
Nombre et description des participants :	Huit Rwandais vivant en Montréal, trois Canadiens dont le directeur de recherche et deux doctorants en psychologie à l'UQAM ainsi que l'auteur de mémoire
Nom de l'animateur des discussions :	Marie-Michèle Uyisenga
Nom de l'assistant :	Aucun

Sujet 1 : Méthode utilisée par la TEN adaptée

Résumé : Les méthodes sont bonnes mais avant tout l'intervenant doit d'abord gagner la confiance de l'individu d'où une bonne présentation et explication de la méthode

Mots clés: 1) Présentation, 2) explication de la méthode, 3) confiance et engagement psychothérapeutique

Sujet 2 : Culture : recours à des exemples concrets liés à la vie quotidienne des Rwandais

Résumé : D'un côté, certains éléments de la culture rwandaise ont contribué au développement et maintien du TSPT. De l'autre côté, ils peuvent être utilisés pour assurer la compréhension de la situation actuelle de l'individu et contribuer ainsi à la diminution des symptômes du TSPT

Mots clés: Le rôle de la culture dans l'intervention avec la TEN adaptée

Sujet 3 : Le rôle actif de l'individu dans la TEN adaptée

Résumé : La participation active de l'individu aiderait l'individu à comprendre sa situation. Elle permettrait également d'assurer un bon déroulement et une diminution des symptômes du TSPT

Mots clés: Importance de la participation active de la part de l'individu

Sujet 4 : La pertinence de la TEN adaptée

Résumé : Il est nécessaire d'intervenir psychologiquement en utilisant la TEN adaptée au contexte rwandais. Cette approche pourrait assurer la promotion de la santé mentale au Rwanda

Mot clés : TEN adaptée et la promotion de la santé mentale au Rwanda

APPENDICE A

LETTRE D'APPROBATION DU COMITÉ ÉTHIQUE D'ÉTIQUE DE LA
RECHERCHE

Certificat d'approbation éthique

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines a examiné le projet de recherche suivant et l'a jugé conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par le *Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (juin 2012) de l'UQAM :

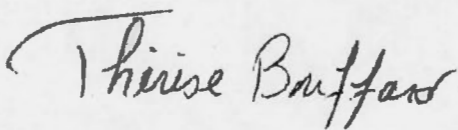
Adaptation culturelle et validation de la thérapie par exposition aux narratifs pour traiter le trouble de stress post-traumatique chez les Rwandais
Marie-Michèle Uyisenga, étudiante au doctorat en psychologie
Sous la direction de Réal Labelle, professeur au Département de psychologie

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Certificat émis le 21 mai 2013. No de certificat : FSH-2013-33.



Thérèse Bouffard
Présidente du comité
Professeure au Département de psychologie

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Formulaire de consentement

Titre du projet de recherche. Adaptation culturelle et validation de la thérapie par exposition aux narratifs pour traiter le trouble de stress post-traumatique chez les Rwandais.

Responsable du projet

Auteure du projet : Marie-Michèle Uyisenga, LPsy

Département ou école : Psychologie

Programme d'études : Maîtrise en psychologie

Adresse courriel : uyisenga.marie_michele@courrier.uqam.ca

Téléphone : (514) 462-5528

Direction de recherche

Direction de recherche : Réal Labelle, PhD

Département ou école : Département de psychologie

Faculté : Sciences humaines

Courriel : labelle.real@uqam.ca

Téléphone : (514) 987-3000, poste 7661

But général du projet

Vous êtes invités à prendre part à un projet de recherche visant à réaliser une adaptation culturelle de la thérapie par exposition aux narratifs (TEN) au contexte rwandais et effectuer une validation de pertinence de ce traitement auprès de Rwandais vivant à

Montréal. Votre collaboration permettra de recueillir vos points de vue sur la TEN adaptée par l'auteure du projet. Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche de maîtrise en psychologie, réalisé dans le cadre d'une bourse d'études octroyée à Marie-Michèle Uyisenga par l'organisme Études Sans Frontières, section Québec (ESF, QC).

Attentes vis-à-vis des participants

Si vous acceptez de collaborer à cette étude, votre contribution consistera à participer à un groupe de discussion. Celui-ci permettra de partager vos opinions sur la TEN adaptée au contexte rwandais. Il vous faudra environ trois heures pour discuter chacun des thèmes élaborés au préalable par l'auteure du projet. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Les discussions se tiendront à l'UQAM (Métro Berri-UQAM), au mois de juin 2013 à partir de 18 h, local DS-1753.

Moyens de diffusion des résultats

Les résultats de ce projet seront présentés dans un mémoire de maîtrise en psychologie. Soyez assuré qu'aucun nom ou toute autre information permettant de vous identifier personnellement ne sera divulgué. En signant ce formulaire de consentement, vous autorisez que les données soient utilisées.

Avantages et risques de participer à ce projet

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une prise de connaissance de la TEN et de l'état du TSPT au Rwanda ainsi qu'une bonne compréhension de ceux-ci. Cependant, deux inconvénients sont associés à votre participation :

- 1) Les discussions pourront faire revivre les émotions désagréables liées à l'évocation des événements traumatiques du génocide et la guerre au Rwanda.
- 2) Vous consacrerez du temps et de l'énergie pour les discussions.

Anonymat et confidentialité

Toutes les mesures seront prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis au cours de ce projet et cela, dans les limites prévues par la loi. Les discussions seront enregistrées et transcrites pour fin d'analyse. Seuls l'auteure et son

directeur de recherche auront accès à ces enregistrements et au contenu des transcriptions. Afin de préserver la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifiés que par un numéro qui ne sera connu que par l'auteur du projet et son directeur de recherche. Tout le matériel de recherche (bandes audio, données sur papier, les données sur un support informatique) sera conservé dans un classeur sous clé ou dans un ordinateur de table dans le laboratoire de recherche. La clé sera gardée par l'auteur et l'ordinateur sera protégé par un mot de passe alphanumérique pour la durée totale du projet. Vous êtes assurés que tout le matériel de recherche sera détruit à la fin du projet.

Participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Vous êtes libre de mettre fin à votre participation à tout moment sans justification ni préjudice. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que l'auteur du projet puisse utiliser vos commentaires dans un mémoire de maîtrise à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

Compensation financière

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement.

Autres bénéfices

Les discussions auront lieu le soir, après le travail. Ainsi, un repas vous sera offert sur le lieu des discussions. Ceux qui ont des enfants, une gardienne sera disponible pour s'occuper d'eux tout au long des échanges.

Questions sur le projet et sur vos droits

Vous pouvez contacter l'auteur du projet, Marie-Michèle Uyisenga (514-462-5528) pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez aussi discuter avec le directeur du projet, Réal Labelle (514-987-3000, poste 7661), des conditions dans lesquelles se déroulera votre participation ou de vos droits en tant que personne participante au projet.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, madame Anick Bergeron, au 514-987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca.

Remerciements

Nous tenons à vous remercier d'avance de votre participation et vous dire que votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet.

Signatures

Participant

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet.

Je souhaite être informé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles :

☐ Oui

☐ Non

Nom, en lettres moulées, et coordonnées

Signature du participant

Date

Personne responsable du projet

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la personne responsable

Date

APPENDICE C

FICHE DES RENSEIGNEMENTS ET CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DES PARTICIPANTS

Renseignements et caractéristiques personnelles du participant

(Reçu et complété avec le formulaire de consentement)

1. Nom et prénom du participant.....
2. Date de naissance...../...../.....
3. Occupation.....
4. Nationalité.....
5. Avez-vous déjà participé dans un groupe de discussion portant sur le TSPT au Rwanda ou son traitement ? Oui.....Non.....

Si oui, où ? Quand?.....

Combien de fois?.....

6. Avez-vous participé à une formation sur le TSPT et son traitement?
Oui.....Non.....

Si oui, où?.....Quand?.....

Combien de fois?.....

7. Êtes-vous à l'aise à discuter des événements tragiques du génocide de 1994 au Rwanda ? Oui.....Non.....

8. Toute autre information que vous désirez préciser

.....
.....
.....
.....

RÉFÉRENCES

- Ahrens J. et Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Altruism and Trauma*, 6(1), 201-216.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Rev.). Washington, DC: Autor.
- Anguelova, D., Maudet, L., Benoit, C. et Regard, S. (2007). Immersion en communauté. Rwanda. Rapport de stage. Université de Genève.
- Association rwandaise des conseillers en traumatisme-Ruhuka (2005). Les conséquences psychosociales du génocide. Kigali, Rwanda.
- Bagilishya, D. (2000). Mourning and recovery from trauma: in Rwanda, tears flow within. *Transcultural Psychiatry*, 37(3), 337-353.
- Banque Mondiale. (2005). Santé et pauvreté au Rwanda : Reconstruire et réformer les services de santé dans la perspective des objectifs du millénaire pour le développement. Rapport du Département du développement humain, région Afrique. Document inédit, Congo.
- Baribeau, C., et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49.
- Barlow, D. H. (2007). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. (4th ed.). New York : The Guilford Press.
- Barrera, M. Jr., et Castro, F.G. (2006). A heuristic framework for the cultural adaptation of interventions. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 13(4), 311-316.
- Becker, C. B., Zayfert, C. et Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 277-292.
- Bernal, G. M., Jiménez-Chafey, M. I. et Rodriguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments : A resource for considering cultural in evidence-based practice. *Professional psychology : Research and Practice*, 40(4), 361-368.

- Betancourt, T S., Meyers-Ohki, S., Stulac, S. N., Barrera, A. E., Mushashi, C. et Beardslee, W. R. (2011). Nothing can defeat combined hands (Abashize hamwe ntakibananira): Protective processes and resilience in Rwandan children and families affected by HIV/AIDS. *Social Science and Medicine*, 73, 693-701.
- Bibeau, G., Chan-Vip, A.M., Lock, M., Rousseau, C. et Sterlin, C. (1992). *La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien*. Québec : Boucherville. Gaëtan Morin.
- Bichescu, D., Neuner, F., Shauer, M. et Elbert, T. (2006). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2212-2220.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. et Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190(2) 97-104.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. et Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227.
- Brésillon, T. (2004). Dix ans après le génocide. *Faim, développement magazine*. 194, 4-8.
- Breslau, N., Davis, G.C. et Schultz, L.R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60, 289-294.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. et Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Breton, J.J. et Labelle, R. (2008). *Pouvons-nous protéger les adolescents de la dépression et des idéations suicidaires ? Résultats d'une étude québécoise auprès de 120 filles et 163 garçons*. Communication scientifique présentée à la société Médico-psychologique. Paris, France.
- Brillon, P. (2010). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes*. Québec : Les éditions Québecor.

- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., Dang, S.T. et Nixon, R.D. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 706-712.
- Cary, C.E. et McMillen, J.C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34, 748-757.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale (2011). *Un modèle d'adaptation à la culture Pour l'élaboration d'un manuel d'intervention thérapeutique cognitivo-comportementale pour la population francophone d'origine africaine*. Rapport de Citoyenneté et Immigration Canada.
- Chalout, L., Ngo, T.L., Goulet, J. et Cousineau, P. (2006). *La thérapie cognitivo-comportementale. Théorie et pratique*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Chard, K.M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971.
- Chauvin, L., Mugaju, J. et Comlavi, J. (1998). Evaluation of the psychosocial trauma recovery programme in Rwanda. *Advocacy and monitoring section, UNICEF, Rwanda. Evaluation and programming planning*, 21, 385-392.
- Cienfuegos, A. et Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as therapeutic instrument. *American orthopsychiatric association*, 53(1), 43-51.
- Clark, A. (1997). Focus group interviews in health-care research. *Professional nurse*, 14, 395-397.
- Cloitre, M., Cohen, L. et Koenen, L.S. (2006). *Treating survivors of children abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York : Guilford Press.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R. et Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1067-1074.
- Cohen-Emérique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 71-91.

- Cohen, J.A. et Mannarino, A.P. (2008). Disseminating and implementing trauma-focused CBT in community settings. *Trauma Violence and Abuse*, 9(4), 214-226.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M. et Murray, L.A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse and neglect*, 36, 528-541.
- Corcos, M. (2008). La mémoire et l'oubli, de la psychanalyse aux neurosciences. *Le carnet PSY*, 3 (125), 32-35.
- Davidson, P.R. et Parker, K.C.H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A Meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305-316.
- Davila, A. et Domínguez, M. (2010). Formats des groupes et types de discussion dans la recherche sociale qualitative. *Recherche qualitatives*, 29(1), 50-68.
- Davister, C. (2004). *Les groupes focalisés*. Fiches méthodologiques. Belgique. Université de Liège.
- Deetjens, M.C. (2005). *Le stress post-traumatique : Parcours de guérison*. Québec : Les éditions Quebecor.
- De Schrijver, D. (2010). *Les réfugiés rwandais dans la région des Grands Lacs en 1996*. Tiré de <http://www.ua.ac.be/objs/00111116.pdf>, consulté le 15 juin 2011.
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., Giosan, C. et Hoffman, H.G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of clinical psychiatry*, 68(11), 1639-1647.
- Dobson, K.S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. (3rd ed). New York : The Guilford Press.
- Dossa, N.I. et Hatem, M. (2012). Cognitive-behavioral therapy versus other PTSD psychotherapies as treatment for women victims of war-related violence: A systematic review. *Scientific World Journal*, 1-19.
- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R. et Mukanoheli, E. (2000). Trauma exposure and psychological reactions to genocide among rwandan children. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 1-21.

- Ehlers, A. et Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Farah A., Ibrahim, H.O. et Regina, P.W. (1994). Career assessment in a culturally diverse society. *Journal of Career Assessment*, 2(3), 276-288.
- Fève, A. (2006). L'après-coup de la mémoire. *Revue française de psychanalyse*, 3(70), 759-766.
- Foa, E.B. (2000). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 43-48.
- Foa, E.B. et Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E.B. et Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E.B. Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. et Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715-723.
- Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E. A., Jaycox, L.H. Meadows, E.A. et Street, G.P. (1999). A Comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. et Coben, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York : Guilford Press.
- Fontaine, O. et Fontaine, P. (2006). *Guide clinique de la thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Éditions RETZ.
- Forbès, D., Fletcher, S., Parslow, R., Phelps, A., O'Donnell, M., Bryant, R.A., McFarlane, A., Silove, D. Et Creamer, M. (2012). Trauma at the hand of another : longitudinal study of differences in the posttraumatic stress disorder symptom profile following interpersonal compared with non interpersonal trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73 (3), 372-376.

- Freeman, T. et Moore, W. (2000). A comparison of chronic combat related PTSD patients with and without a history of suicide attempt. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 460-463.
- Gakuba, T.O. (2004). L'école: facteur de résilience des jeunes rwandais réfugiés en Suisse et en France. *Éducation en débats*, 2, 67-87.
- Gany, F., et Thiel de Bocanegra, H. (1996). Maternal-child immigrant health training: Changing knowledge and attitude to improve health care delivery. *Patient Education and Counselling*, 27, 23-31.
- Gasibirege, S. (1995). *État des lieux de la santé mentale communautaire au Rwanda en avril et mai 1995*. Communication au colloque : où en est la santé mentale au Rwanda un an après le génocide et les massacres politiques ? Réalisations et perspectives. Bruxelles, Belgique.
- Gasibirege, S. (2005). Trauma et thérapie : les juridictions gacaca comme espace du travail de deuil et de guérison du trauma. *Congress "justice heals: fight against impunity*. 1-11. Bochum, Germany.
- Germanotta, M.A. (2010). L'écriture de l'inaudible. Les narrations littéraires du génocide au Rwanda. *Revue interfrancophonies*. Tiré de http://www.interfrancophonies.org/Germanotta_10.pdf, consulté le 12 janvier 2014.
- Gishoma, D. et Brackelaire, J.L. (2008). Quand le corps abrite l'inconcevable. Comment dire le bouleversement dont témoignent les corps au Rwanda ? *Cahiers de psychologie clinique* 1(30), 159-183.
- Gouvernement du Rwanda (2000). *Vision 2020 du Rwanda*. Tiré de http://www.minecofin.gov.rw/webfm_send/1699, consulté le 16 septembre 2012.
- Gouvernement du Rwanda. (2005). *Plan stratégique du secteur santé 2005-2009*. Kigali, Rwanda.
- Green, B.L., Goodman, L.A., Krupnick, J.L., Corcoran, C.B., Petty, R.M., Stockton, P. et al. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 271-286.
- Guay, S. et Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitement*. Montréal. Presses de l'Université de Montréal.

- Guay, S., Marchand, A et Billette, V. (2006). Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique : données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention. In A. Marchand et S. Guay (Eds), *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitement* (pp. 369-384). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Halvorsen, J. et Stenmark, H. (2010). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(6), 495-502.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23 (3), 501-522.
- Heilmann, K.R. et Makestad, E. (2008). Narrative exposure therapy as treatment for posttraumatic stress disorder. An intervention study. Doctorat thesis. Universitas Bergensis.
- Hembree, E.A, Foa, E.B, Dorfan, N.M., Street, G.P, Kowalski, J. et Tu, X. (2003). Do patient drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic stress*, 16(6), 555-562.
- Hofman, S.G. (2006). The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 243-245.
- Hornberger, J.C., Gibson, C.D., Wood, W., Dequelde, C., Corso, J., Palla, B. et Bloch, D.A. (1996). Eliminating language barriers for non-speaking patients. *Medical Care*, 43(8), 845-856.
- Huey, S. Jr. et Polo, A.J. (2008). Evidence-Based psychosocial Treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. Spécial issue*, 37(1), 262-301.
- Hwang, W.C. et Wood, J.J. (2007). Being culturally sensitive is not the same as being cultural competent. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(3), 44-50.
- Ionescu, S. et Jourdan-Ionescu, C. (2006). La psychopathologie comme processus : Vulnérabilité et résilience. In M. Montreuil et J. Doron (Eds). *Psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 135-157). Paris : Presses de l'Université de France.
- Jacob, R. (2008). Le national institute for health and clinical excellence (NICE)-Une analyse en lien avec les mandats prévus pour l'institut national d'excellence en santé et services sociaux. Montréal. Institut national de santé publique, Québec.

- Kayitesi, B., Deslandes, R. et Lebel, C. (2009). Facteurs de résilience chez des orphelins rescapés du génocide qui vivent seuls dans les ménages au Rwanda (Association Tubeho). *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 28(1), 67-81.
- Kanyangara, P., Rimé, B., Philippot, P. et Yzerbyt, V. (2007). Collective rituals, emotional climate and intergroup perception: Participation in «Gacaca» tribunals and assimilation of the rwandan genocide. *Journal of Social Issues*, 63(2), 387-403.
- Keane, T.M. (1995). The role of exposure therapy in the psychological treatment of PTSD. *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 5(4), 1-6.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. et Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kohn-Wood, L.G.H et Graham, E.T. (2008). Ethnic minorities. In M.A. Whisman (Ed). *Adapting cognitive therapy for depression: Managing complexity and comorbidity*, (pp. 351-372). New York: Guilford Press.
- Kotler, M., Iancu, I., Efroni R. et Amir, M. (2001). Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *Beer Sheva Mental Health Center, Israel*, 189(3), 162-167.
- Kreps, G.L. et Kunimoto, E.N. (1994). *Effective communication in multicultural health care settings*. London : Sage.
- Krieger, L. (2011). Narratives of resilience: Stories of survival among rwandan women who endured the 1994 genocide. Master of social work. Smith college school for social work, Northampton, Massachusetts.
- Lafrance, V. (2011). Efficacité thérapeutique et adaptations culturelles de la thérapie cognitivo-comportementale pour traiter le trouble de stress post-traumatique chez les jeunes réfugiés. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal.
- Leong, F.T.L. et Hartung, P. (1997). Career assessment with culturally different clients: Proposing an integrative-sequential conceptual framework for cross-cultural career counseling research and practice. *Journal of Career Assessment*, 5 (2), 183-202.
- Liscia, T., et Milleliri, J. (2011). Psychosocial treatment of psychological post trauma in post-conflict countries. *Médecine tropicale*, 71(2), 197-200.

- Macoir, J. et Fossard, M. (2008). Mémoire à long terme et langage : différenciation entre l'accès aux mots en mémoire déclarative et l'application de règles en mémoire procédurale. *Revue de langue française portant sur la communication humaine et ses troubles*, 1, 1-9.
- Mc Pherson, J. (2011). Does narrative exposure therapy reduce PTSD in survivors of mass violence ? *Research on Social Work Practice*, 22(1), 29-42.
- Mark A.B. (1997). *Groupe de discussion sur la simplicité volontaire. Guide d'animation*. Gabriola island, British Columbia: New society publishers.
- Marin, M.F, Crevier, M. G. et Juster, R.P. (2012). L'état de stress post-traumatique d'un point de vue scientifique et clinique. *Mammoth Magazine*, 12, 1-2.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. et Thrasher, S. (1998). Exposure and cognitive restructuring alone and combined in PTSD: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Melissa, M., Germain, V. et Marchand, A. 2006. Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. In A. Marchand et G. Stéphane (Eds). *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitement* (pp.51-77). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Millet, P. (2002). Des rites funéraires traditionnels aux cérémonies du souvenir actuelles. *Deuil et santé*. Université de Franche-Comte.
- Mollica, R.F., Donelan, K., Tor, S., Lavelle, J., Elias, C., Frankel, M. et Blendon, R.J. (1993).
The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA*, 270(5), 581-586.
- Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A., Friedman, M.J., Young-Xu, Y. et Stevens, S.P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 898-907.
- Morgan, D.L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd éd). Thousand oaks, CA: Sage Publications.

- Morgan, D.L. (1998). *The focus group guidebook*. Thousand oaks, CA : Sage publications.
- Mujawayo. E. et Belhaddad, S. (2005). *Survivantes. Rwanda-Histoire du génocide*. Avignon, France: Édition de l'Aube.
- Mukakayumba, E. (1995). Rwanda : la violence faite aux femmes en contexte de conflit armé généralisé. *Recherches féministes*. 8(1), 145-154.
- Mukamana, D. et Brysiewicz P. (2008). The lived experience of genocide rape survivors in Rwanda. *Journal of nursing Scholarship*, 40(4), 379-384.
- Munyandamutsa N., Mahoro-Nkubamugisha P. et Ariel E. (2009). *Prevalence of PTSD among rwandan population: clinical aspects, drug abuse and other co-morbidity*. Université Nationale du Rwanda.
- Munyandamutsa, N. (2008). Le prix du silence et le temps de la créativité. *Archive Suisse de Neurologie et de Psychiatrie*, 159, 490-495.
- Mutabazi, E. (2011). *Peut-on se passer des manuels scolaires ? Suppression des manuels scolaires d'histoire au Rwanda : erreur ou cohérence ?* Université Catholique de l'Ouest d'Angers, France.
- Ndabavunye. I. (2005). De la pertinence du rite de passage dans la reconstruction du lien social au Rwanda. Perspectives clinique et thérapeutique sur une recherche-action. *Thérapie familiale* 26(2), 103-123.
- Ndayambaje, J.D. (2001). *Le génocide au Rwanda. Une analyse psychologique*. Huye: Université Nationale du Rwanda.
- Neugebauer, R., Fisher, P.W., Turner, J. B., Yamabe, S., Sarsfield, J. A. et Stehling-Ariza, T. (2009). Post-traumatic stress reactions among rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide. *International Journal of Epidemiology*, 38, 1033-1045.
- Neuner, F., Schauer, M., Roth, W.T. et Elbert, T. (2002). A narrative exposure treatment as intervention in a refugee camp: a case report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 205-209.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. et Elbert, T. (2004). A Comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579-587.

- Neuner, F., Onyut, P.L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. et Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 686-694.
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T. et Schauer, M. (2010). Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behavior Therapy*, 39, 81-91.
- NICE. (2005). Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health. *National Clinical Practice Guideline*, 26.
- Nietlisbach, G. et Maercker, A. (2009). Effects of Social Exclusion in Trauma Survivors With Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(4), 323-331.
- Nsabiyeze, S. (2009). *Penser le dispositif thérapeutique dans le malaise d'une culture amputée*. Publication du programme psychosocial de CAFOD et ses Partenaires au Rwanda, Kigali.
- N'tétu, A.L., et Fortin, J. A. (1995). *Analyse des interactions entre les clients autochtones et les intervenants en milieu clinique*. Rapport de recherche de la chaire d'enseignement et de recherche interethniques et interculturels, Université du Québec à Chicoutimi.
- Olij, J. (2005). Trauma awareness, healing, and group counselling in secondary schools. *Intervention*, 3(1), 51-56.
- Onyut, L.P., Neuner, F., Shauer, R., Ertl, V., Odenwald, M., Shauer, M. et Elbert, T. (2004). The Nakivale camp mental health project: building local competency for psychological assistance to traumatised refugees. *Intervention* 2(2), 90-107.
- Onyut, L.P., Neuner, F., Shauer, R., Ertl, V., Odenwald, M., Shauer, M. et Elbert, T. (2005). Narrative exposure therapy as a treatment for children war survivors with posttraumatic stress disorder. Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *Biomedical psychiatry*, 5(7), 1-9.
- Penal Reform International (2010). *La contribution des juridictions Gacaca au règlement du contentieux du génocide. Apports, limites et attentes sur l'après-Gacaca*. Rapport final de monitoring et de recherche sur la Gacaca. London, United Kingdom.

- Phelan, M. et Parkman, S. (1995). Work with a interpreter. *British Medical Journal*, 311(7004), 555-557.
- Pham, P.N., Weinstein, H.M. et Longman, T. (2004). Trauma and PTSD symptoms in Rwanda implications for attitudes toward justice and reconciliation. *Journal American Medical Association*, 292(5), 602-612.
- Pillay, N. (2010). *République Démocratique du Congo, 1993-2003. Rapport du projet mapping concernant les violations les plus graves des droits de l'homme et du droit international humanitaire commises entre mars 1993 et juin 2003 sur le territoire de la République démocratique du Congo*. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. New York, United States.
- Pitman, R.K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R.E., Macklin, M.L., Poire, R.E. et Steketee, G.S. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for post traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17-20.
- Platteau, G. (2007). Rencontre avec des rescapés du génocide rwandais : la transmission de l'irreprésentable est-elle possible ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(38), 81-98.
- Rachédi, L. et Vatz Laaroussi, M. (2004). Favoriser la résilience des familles immigrantes par l'empowerment et l'accompagnement. *Revue Intervention*, 120, 6-15.
- Resick, P.A. et Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748-756.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C. et Feuer. C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867-879.
- Resick, P.A., Uhlmansiek, M. O'B., Clum, G. A., Galovski, T. E., Scher, C. D. et Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 243-258.
- Richters, A., Dekker, C. et Scholte, W. (2008). Community based sociotherapy in Byumba, Rwanda. *Intervention*, 6(2), 100-116.

- Rivest, R. (2011). La résilience : apprendre à rebondir après l'épreuve. *Gestion*, 2(36), 13-17.
- Robjant, K. et Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 30, 1030-1039.
- Rothbaum, B.O. et Foa, E.B. (1999). *Reclaiming your life after rape: Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder*. New York : Oxford University Press.
- Rothbaum, B.O., Meadows, E.A., Resick, P. et Foy, D.W. (2000). Cognitive-behavioral therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, et M. J. Friedman (Eds). *Effective treatments PTSD. Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies*. (pp. 60-83). New York: The Guilford Press.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E. et Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7 to 16 year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437-445.
- Ruggiero, K.J., Morris, T.L., et Scotti, J.R. (2001). Treatment for children with posttraumatic stress disorder: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 210-227.
- Rutembesa, E. (2008). *L'image de l'autre me fait peur*. Communication au symposium international du centre for conflict-studies, Philipps-Universität Marburg, Germany.
- Schaal, S., Elbert, T. et Neuner, F. (2009). Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal psychotherapy. A pilot randomized controlled trial with rwandan genocide Orphans. *Psychotherapy and psychotraumatology*, 78, 298-306.
- Schauer, E., Neuner, F., Elbert, T., Ertl, V., Onyut, L.P., Odenwald, M. et Schauer, M. (2004). Narrative exposure therapy in children: a case study. *Intervention*, 2(1), 18-32.
- Schauer, M., Neuner, F. et Elbert, T. (2005). *Narrative exposure therapy. A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture (1st ed.)*. Boston, United States: Hogrefe & Huber Publishers.
- Schauer, M., Neuner, F. et Elbert, T. (2010). *Narrative exposure therapy: A Short-Term Treatment for traumatic stress disorders (2nd ed.)* Boston, United States: Hogrefe & Huber Publishers.

- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Foy, D.W., Shea, M.T., Hsieh, F.Y., Lavori, P.W., Glynn, S.M., Wattenberg, M. et Bernardy, N.C. (2003). A randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: Results from a department of veterans affairs cooperative study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 481-489.
- Schnurr, P.P., et Friedman, M.J. (2008). Treatments for PTSD: Understanding the Evidence. *National center for PTSD*, 19(3), 1050-1835.
- Sebuhoro, C. (2005). Sequellae of genocid in Rwandese adolescent. *Archives de pédiatrie*, 12, 880-882.
- Séguin-Sabourin, A. (2006). Les modèles cognitivo-comportementaux de l'état de stress post-traumatique : considérations théoriques. In Guay, S. et Marchand, A. (Eds). *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitement* (pp. 51-77). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Servan-Schreiber, D., Schooler, J., Dew, M.A., Carter, C. et Bartone, P. (2006). Eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder: A pilot blinded, randomized study of stimulation type. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 290-297.
- Shalev, A.Y., Peri, T., Canetti, L. et Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27 (3), 209-218.
- Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 200-207.
- Solomon, M. Z. (1997). From what's neutral to what's meaningful: Reflections on a study of medical interpreters. *Journal of Clinical Ethics*, 8(1), 88-93.
- Staub, E. (2006). Reconciliation after Genocide, Mass Killing, or Intractable Conflict: Understanding the Roots of Violence, Psychological Recovery, and Steps toward a General Theory. *Political Psychology*, 27(6), 297-334.

- Staub, E., Pearlman, L.A., Gubin, A. et Hagengimana, A. (2005). Healing, reconciliation, forgiving and the prevention of violence after genocide or mass killing: an intervention and its experimental evaluation in Rwanda. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(3), 297-334.
- Steiker, L.K.H., Castro, F.G., Kumpfer, K., Marsiglia, F.F., Coard, S. et Hopson, L.M. (2008). A dialogue regarding cultural adaptation of interventions. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(1), 154-162.
- Sue, D.W., et Sue, D. (2003). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (4th ed), New York: John Wiley.
- Tarrier, N. Pilgrim, H. Sommerfield, C., Faragher, D., Reynolds, M., Graham, E et Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 13-18.
- Thurman, T. R., Snider, L., Boris, N., Kalisa, E., Nkunda Mugarira, E., Ntaganira, J. et Brown, L. (2006). Psychosocial support and marginalization of youth headed households in Rwanda. *Aids Care*, 18(3), 220-229.
- Vachon, M. (2011). Le groupe de discussion comme espace de soutien : briser l'isolement chez des survivantes du génocide rwandais. *Recherches qualitatives*, 29(3), 133-144.
- Van der Hart, O., Steele, K., Book, S. et Brown (1993). The treatment of traumatic memories : Synthesis, realization and integration. *Dissociation*, 6(213), 162-180.
- Vaugh, S., Schumm, J.S et Sinagub, J. (1996). *Focus group interview in education and psychology*. Thousand oaks.CA: Sage publications.
- Vickers, B. (2005). Cognitive model of the maintenance and treatment of post-traumatic stress disorder applied to children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(2), 217-234.
- Vissandgée, B., N'tétu, A.K.L, Courville, F., Bourdeau, M. et Breton, E. (1998). L'interprète en milieu clinique interculturel : l'acte de communication soumis au phénomène du filtrage ? *L'infirmière canadienne*, 94(5), 36-42.
- Vulpian, L.D. (2004). *Rwanda. Un génocide oublié ? Un procès pour mémoire*. Bruxelles : Éditions complexes.

- Walter, K.H, Gunstad, J. et Hobfoll, S.E. (2010). Self-control predicts later symptoms of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(2), 97-101.
- Williams, M.B. et Poijula, S. (2006). *Le trouble de stress post-traumatique. Un guide pratique d'intervention*. Québec : Décarie éditeur.
- Wilcox, H.C., Storr, C.L. et Breslau, N. (2009). Posttraumatic stress disorder and suicide. attempts in a community sample of urban american young adults. *Archives of General psychiatry*, 66(3), 305-311.
- Zrally, M. et Nyirazinyoye, L. (2010). Don't let the suffering make you fade away: An ethnographic study of resilience among survivors of genocide-rape in southern Rwanda. *Social Science and Medicine*, 70, 1656-1664.